

Année 1970

n°

T H E S E
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE.
(Diplome d'Etat)

par

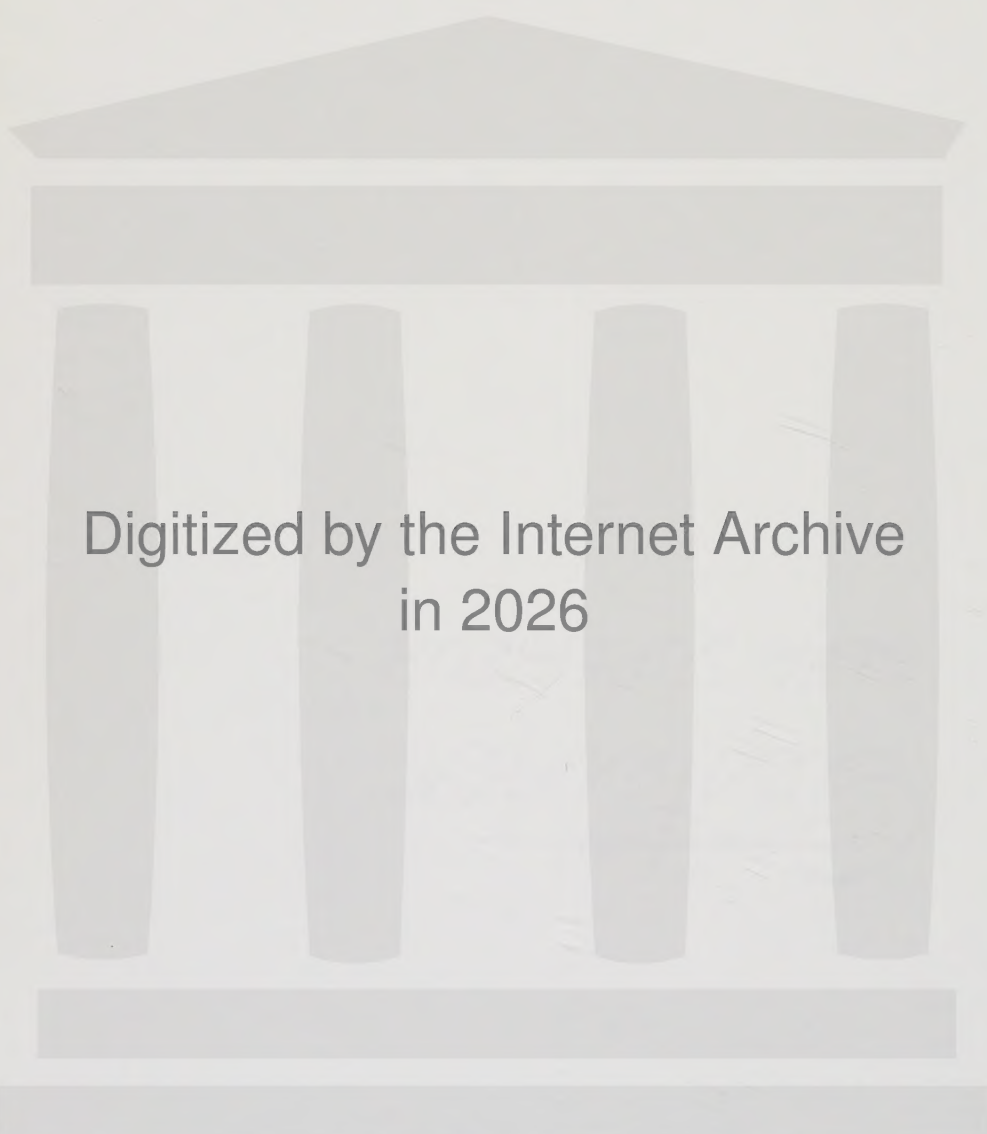
Yves DARBOIS
né le 14 Juin 1938
Le Raincy (93)

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

RESULTATS CLINIQUES OBTENUS LORS DU TRAITEMENT
DES CARCINOMES UTERINS PRIMITIFS OU RECIDIVES
PAR LA TECHNIQUE DE CELLULECTOMIE TOTALE REGLEE

PRESIDENT Mr. Jacques HUGUIER, Professeur
de thèse :



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550210_0013

Année 1970

n°

T H E S E
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplome d'Etat)

par

Yves D A R B O I S
né le 14 Juin 1938
Le Raincy (93)

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

RESULTATS CLINIQUES OBTENUS LORS DU TRAITEMENT
DES CARCINOMES UTERINS PRIMITIFS OU RECIDIVES
PAR LA TECHNIQUE DE CELLULECTOMIE TOTALE REGLEE

PRESIDENT : Mr. Jacques HUGUIER, Professeur

1977

1977

1977

1977

1977

1977

1977

1977

1977

1977

1977



1977

1977

1977

A ma femme

A ceux qui me sont chers.

A Monsieur le Professeur J. H U G U I E R ,

qui m'a fait l'honneur de me confier
cette thèse,

la simplicité de son accueil, la rigueur
de son raisonnement, la qualité et la
responsabilité qu'il attache à chacun de
ses gestes, sont pour moi exemplaires.
Qu'il trouve ici le témoignage de mon
admiration et de mon dévouement.

A Monsieur le Professeur G. C E R B O N N E T

La clarté de son enseignement et la
 finesse de ses leçons sont incomparables.
Qu'il soit sûr de toute ma gratitude
pour ce qu'il m'a appris.

A Monsieur le Docteur P. S C A L I

Son enthousiasme, son dévouement et
son constant souci de perfection restent
inoubliables.

Je le remercie infiniment pour le très
grand soutien qu'il m'a apporté tout au
long de ce travail.

A mes maîtres dans les hopitaux :

EXTERNAT

- Mr. le Docteur H. WELTI
- Mr. le Docteur JJ. WELTI
- Mr. le Professeur R. WORMS
- Mr. le Professeur A. DOMART
- Mr. le Professeur R. GARCIN
- Mr. le Docteur J. BARBIZET
- Mr. le Docteur A. RUBENS-DUVAL
- Mr. le Docteur E. HERVET
- Mr. le Professeur VIGNALOU

INTERNAT

- Mr. le Docteur AJ BRET (in memoriam)
- Mr. le Professeur Agrégé E. HERVET
- Mr. le Professeur P. MORIN
- Mr. le Docteur Cl. FRILEUX
- Mr. le Docteur CALVET
- Mr. le Professeur J. HUGUIER
- Mr. le Docteur C. NARDI

A mes autres maîtres dans les hopitaux :

- Docteur J. BARRAT
- Docteur J. BARRIER
- Docteur S. TROISIER
- Docteur P. PILLOT-BIENAYME
- Professeur Agrégé ROBERT
- Docteur R. PALMER
- Docteur A. BETHOUX
- Docteur J. VALIDIRE
- Professeur M. LACOMBE

- DESCRIPTION TECHNIQUE
- ANALYSE DES OBSERVATIONS DES CANCERS CERVICAUX DE STADE II
- ANALYSE DES OBSERVATIONS DES CANCERS CERVICAUX DE STADE III
- ANALYSE DES OBSERVATIONS DES CANCERS CERVICAUX DE STADE IV
- ANALYSE DES OBSERVATIONS DE CANCERS GENITAUX RECIDIVES
- OBSERVATIONS
- CONCLUSIONS

RESULTATS CLINIQUES OBTENUS LORS DU TRAITEMENT DES CARCINOMES UTERINS PRIMITIFS OU RECIDIVES PAR LA TECHNIQUE DE CELLULECTOMIE TOTALE REGLEE.

C'est en 1957 que furent pratiquées les premières interventions radicales pour carcinomes utérins, utilisant la technique de cellulectomie totale réglée.

En 1958, le Professeur HUGUIER, avec G. CERBONNET et P. SCALI, rapporta à l'Académie de Chirurgie les premiers résultats de ces interventions, appliquées à des cancers de stades divers.

Depuis, plus de 70 interventions utilisant cette technique ont été réalisées. Ce sont les résultats d'une série presque continue de 65 observations que nous avons étudiées, laissant de côté les interventions les plus récentes.

BASES THEORIQUES DE L'OPERATION

Cette intervention cherche à réaliser par une dissection réglée une exérèse maximale du tissu cellulofibreux pelvien.

On sait que latéralement, les difficultés de l'élargissement se rencontrent au maximum lors de l'ablation des ailerons sous-urétéraux, siège habituel de l'extension des cancers évolués : danger d'hémorragie veineuse, d'autant plus grand que l'on passe plus près de la paroi pelvienne sur laquelle est plaqué le confluent veineux hypogastrique, très variable dans sa topographie.

Or les études anatomiques précises de P. SCALI, et ultérieurement de P. SCALI et A. SALLUSTO, ont montré que à l'opposé, les pédicules vasculaires issus de la paroi pelvienne avaient une disposition relativement fixe et simple au niveau de repères anatomiques précis.

Il devient alors possible de reporter la dissection au ras de la paroi pelvienne afin de réaliser une exérèse celluleuse totale, plus satisfaisante sur un plan cancérologique.

RAPPEL TECHNIQUE SCHEMATIQUE

- Après exploration pelvi-abdominale et lymphatique (en particulier lombo-aortique), l'intervention commence comme dans une colpo-hystérectomie classique par la ligature haute des pédicules lombo-ovariens, la section du ligament rond, puis une lymphadénectomie iliaque externe et obturatrice se prolongeant en arrière au delà de la bifurcation artérielle, et en bas dégageant circulairement le nerf obturateur. La lymphadénectomie sera poursuivie si nécessaire sur toute la longueur et même au delà des vaisseaux iliaques primitifs.

- On commence alors le temps de ligature vasculaire propre à la cellulectomie. Sans s'astreindre à un ordre rigoureux dans les ligatures, il faut en général respecter l'ordre suivant :

- . Pédicules pariétaux latéraux repérés au-dessous de l'émergence du nerf obturateur hors du confluent veineux, leur section permet de découvrir le tronc lombo-sacré et le bord supérieur du plexus sacré ;

- . pédicules obturateurs inférieurs

- . pédicules vasculaires hypogastriques (artère puis éléments veineux très variables dans leur topographie). Le dégagement et la pédiculisation de ces vaisseaux sont facilités par le clivage du tissu cellulaire de la fosse para-rectale. La ligature des éléments veineux représente le temps le plus difficile de cette dissection : compliquée parfois par la fibrose inflammatoire ou secondaire à l'irradiation, le dégagement de chaque élément veineux impose la plus grande prudence, une hémorragie étant particulièrement difficile à contrôler.

. pédicules honteux et enfin, ischiatique, à son émergence entre la 2è et la 3è racine sacrée.

Ainsi, la dénudation pariétale apparaît complète : les chairs musculaires de l'obturateur interne, et du releveur, le plan brillant du plexus sacré, doivent être totalement exposés.

Dès lors diverses modalités opératoires sont possibles, fonction de l'extension néoplasique.

1) les conditions anatomiques n'imposent pas d'exérèse viscérale. Les dissections sont poursuivies de la même façon que dans une colpo-hystérectomie élargie classique :

- Libération postérieure préalable après décollement recto-vaginal poussé au-delà du cap ano-rectal, la section des lames vagino-rectales se faisant au ras de la paroi rectale. Cependant, si une infiltration suspecte était notée le long des lames vagino-sacrées il faut reporter la libération postérieure plus en arrière, au contact des dernières pièces sacrées, après avoir effectué un décollement retro-rectal et pré-sacré, et sectionné les connections latérales avec le rectum.

- Cette libération postérieure permet de faire monter la pièce opératoire et facilite le temps de libération antérieure vésico-vaginale, conduite de façon habituelle.

- La conservation de l'uretère terminal est alors le problème essentiel. L'analyse du retentissement urétéral observé dans les suites des cellulectomies totales réalisées à ce jour, permet d'envisager plusieurs attitudes.

a) Lorsque l'infiltration pariétale apparaît unilatérale et que l'exérèse contro-latérale peut être pratiquée de façon classique, conservant si possible l'artère ombilicale, il

semble logique de réséquer l'uretère dans son segment intra-ligamentaire et de le ré-implanter .

En effet, sa conservation à tout prix dans un stade III authentique est illogique sur un plan cancérologique.

D'autre part, la dissection dans un tissu infiltré risque de détériorer le réseau vasculaire adventiciel et fait courir des risques considérables au conduit urinaire dans les suites opératoires ; l'uretère dépouillé de ses connections celluluses, est alors dépourvu de tout apport vasculaire dans son trajet terminal et intra-mural.

Cependant, lors des premières cellulectomies, n'étant pas suffisamment averti de la gravité de ces complications urétérales, un certain nombre d'uretères furent ménagés, dans des stades II ou III où l'extension après curiethérapie semblait les respecter.

Dans ces conditions, il parut essentiel d'isoler l'uretère de la zone de suintement sero-hématique du bas-fond pelvien, source de sclérose post-opératoire.

L'adossement de la face péritonéale du rectum à la région vésicale sous-trigonale semblait la meilleure méthode : en fait, elle s'avéra insuffisante.

b) Lorsque la cellulectomie doit nécessairement être bilatérale, la dévascularisation vésicale massive, rend très aléatoire une ré-implantation urétérale bilatérale.

Quant aux tentatives de reconstruction urinaire par plastie iléale (pontage urétéro-vésical ou intervention de Bricker), elles semblent prolonger et aggraver l'acte opératoire de façon rédhibitoire. Dans ces conditions, il paraît nécessaire de pratiquer une urétérostomie cutanée bilatérale, remettant à plus tard une reconstruction vésicale, en l'absence de récurrence du processus néoplasique.

2) Dans une autre éventualité, 1 ou 2 viscères ne sont pas conservables.

- L'exentération postérieure reste rare, une résection rectale limitée plus fréquente : une colostomie sera toujours pratiquée dans ces cas.
- Lorsque la vessie ne paraît pas conservable, soit du fait d'une extension néoplasique patente soit par impossibilité de clivage vésico-vaginal (généralement en raison d'une infiltration de la musculature vésicale), l'exentération antérieure simplifie et raccourcit l'acte opératoire supprimant tout le temps de clivage vésico-vaginal. L'intervention se termine par une urétérostomie cutanée bilatérale, pour les raisons exposées précédemment.

L'intervention dans tous les cas, se termine par une péritonisation toujours possible, et un drainage soigneux de l'excavation, le vagin étant laissé ouvert le plus souvent, sur quelques drains de fenrose, peu dangereux pour les viscères pelviens.

La cellulectomie totale, opération relativement délicate dans ses dissections, mais extrêmement sûre, est techniquement réalisable dans de nombreux cas de cancers pelviens étendus.

Cependant c'est une intervention longue, imposant des transfusions sanguines abondantes, (en moyenne 2.500 cc, mais parfois beaucoup plus,) une préparation pré-opératoire soigneuse; il est donc nécessaire de sélectionner les malades, récusant celles porteuses de tares viscérales graves.

Nous n'avons pas dans notre série de malades diabétiques et une seule malade porteuse d'une cardiopathie.

Par contre l'obésité ne semble pas une contre-indication formelle : 1 malade sur 4 a un poids supérieur à 20% du poids normal. L'âge ne dépasse pas 70 ans.

En fait l'état urinaire est l'élément le plus important à connaître avant tout traitement. Il est fréquent (14 fois sur 21 stades III, 14 fois sur 15 stades IV) de noter un retentissement urétéro-pyélique sur l'urographie initiale.

Ces dilatations urétérales, selon leur importance, leur uni ou bilatéralité, pourront être négligées ou au contraire devront être corrigées avant tout traitement.

Là encore il semble que les interventions de dérivations urinaires complexes n'aient pas leur place en début de traitement. Retardant par leurs suites le temps thérapeutique essentiel, elles doivent laisser place aux urétérostomies cutanées simples.

Ainsi, nous avons pu rassembler 65 observations de carcinomes utérins étendus (47 cancers primitifs, 18 cancers récidivés).

Leur exérèse chirurgicale utilisa la technique de cellulectomie totale : cellulectomie bilatérale dans 43 observations, cellulectomie unilatérale dans 22 observations.

Il nous paraît de peu d'intérêt de donner des résultats statistiques chiffrés sur une série aussi courte et disparate. En effet, on ne peut les comparer aux résultats obtenus sur l'ensemble des carcinomes utérins observés à la clinique gynécologique. Le principe même de la cellulectomie, intervention pratiquée lorsque les conditions anatomiques per-opératoires l'exigent, conduit à une sélection de formes évoluées, dont les résultats ne peuvent être satisfaisants.

Quelques chiffres permettent d'apprécier la fréquence de ces interventions.

De janvier 1963 à Décembre 1968,

- 435 cancers utérins de tous stades furent observés à la clinique gynécologique (350 carcinomes cervicaux 85 carcinomes corporéaux)
- 369 subirent une intervention chirurgicale (85% des cas) 292 cancers du col, 77 cancers du corps.
- 327 exérèses furent possibles (90% des cas opérés) 252 cancers du col, 75 cancers du corps.

Pendant cette période de référence 40 exérèses utilisèrent la technique de cellulectomie totale, soit 12% des cas opérés.

Elles se répartissent en :

- . 4 cancers de stade II (pour des raisons que nous reverrons.
- . 18 cancers de stade III sur 36 cas opérés (dont 11 autres cas, une colpo-hystérectomie élargie fut possible après physiothérapie. Dans 7 cas, la diffusion de l'extension néoplasique rendait l'exérèse inutile).
- . 10 cancers de stade IV sur 42 opérés (pour 6 malades une exentération avec colpo-hystérectomie élargie fut possible. Par contre toute exérèse fut impossible dans les 24 derniers cas).
- . 8 récidives vagino-pelvienne ou viscérale (3 exentérations) sur 25 récidives opérées (9 exérèses élargies classiques étant possibles, 8 cas restant au dessus de toute possibilité d'exérèse).

Afin de simplifier cette étude nous avons un peu schématiquement, isolé 4 groupes d'observations, en fonction du stade clinique (défini par les normes de l'U. I. C. C.).

- 8 cas de carcinomes cervicaux peu avancés (stade II essentiellement).
- 24 cas de carcinomes cervicaux de stade III
- 15 cas de cancers du col de stade IV
- 18 cas de cancers récidivés (du col ou du corps).

Cette classification purement clinique est souvent sujette à erreur, nous le savons. Aussi, dans tous les cas, nous préciserons le stade anatomique sur la pièce opératoire, selon les critères de la classification de Brunschwig et Meigs (cf. tableau)

Cependant la plupart de nos malades furent opérées après traitement par les agents physiques, l'interprétation des pièces opératoires doit tenir compte de cette irradiation.

CLASSIFICATION ANATOMO-PATHOLOGIQUE

DE MEIGS ET BRUNSCHWIG

CLASSE A : Atteinte CERVICALE isolée

CLASSE B : Extension à la partie inférieure du corps
utérin et/ou au tiers supérieur du VAGIN

CLASSE C : Invasion du/ou des PARAMETRES, des ganglions du
paramètre et/ou des ovaires.

CLASSE D : Métastases des GANGLIONS OBTURATEURS,
HYPOGASTRIQUES ou ILIAQUES EXTERNES.

CLASSE E : Invasion VESICALE, RECTALE et/ou COLIQUE
(avec ou sans métastases ganglionnaires).

CLASSE F : Invasion de la PAROI PELVIENNE.

ANALYSE DES OBSERVATIONS
DES CARCINOMES CERVICAUX PEU EVOLUES

A. DONNEES GENERALES

- 1) Données cliniques
- 2) Examens complémentaires

B. LA PHYSIOTHERAPIE

- 1) Curiethérapie pré-opératoire
- 2) Irradiation post-opératoire

C. LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

- 1) Cellulectomie bilatérale
- 2) Cellulectomie unilatérale
- 3) La protection urétérale
- 4) L'examen de la pièce opératoire
- 5) Les suites opératoires

D. LES RESULTATS

- 1) sur le plan vital
- 2) sur le plan fonctionnel
 - a - Complications vésicales
 - b - Sténoses et fistules urétérales
 - c - Dilatations urétéro-pyéliques
 - d - Les urographies tardives
 - e - Autres complications

CONCLUSIONS

ANALYSE DES OBSERVATIONS DES CARCINOMES CERVICAUX
DE STADE PEU EVOLUE

Nous avons réuni dans ce premier groupe de 8 malades, 1 carcinome de stade I et 7 carcinomes de stade II.

A. DONNEES GENERALES

1) Données cliniques:

- L'âge moyen de ces malades est de 46 ans (30 à 63 ans); on ne notait aucune tare viscérale, et une parité de 1,5 (12 grossesses).

- Le délai entre les premières métrorragies et le dépistage est inférieur à 3 mois 1 fois sur 2.

- L'examen initial retrouvait dans un cas, une simple ulcération cervicale saignante au contact (obs. 2), dans les autres cas une tumeur ulcéro-végétante ou végétante, parfois volumineuse (obs. 3, 4, 7) débordant sur le cul de sac vaginal dans 5 cas. Dans l'obs. 6, le carcinome s'était développé sur col restant après hystérectomie sub-totale 12 ans auparavant. En outre, on notait une infiltration proximale du paramètre dans 5 cas, dans 2 cas une infiltration distale (obs. 4 et 7).

- La biopsie initiale confirmait le caractère invasif du carcinome et précisait son type : baso-cellulaire le plus souvent (5 cas dont 2 cancers anaplasiques), spino-cellulaire dans 3 cas.

Enfin des critères histologiques d'activité étaient noté dans 4 cas (obs. 1, 3, 4, 8) : richesse en mitoses, infiltration profonde avec faible réaction du stroma.

2) Les examens complémentaires étaient peu modifiés :

- L'azotémie toujours inférieure à 0,45%

- Une anémie modérée est retrouvée 1 fois sur 2
- L'urographie initiale était normale sauf 1 cas (obs. 4 : dilatation pyélo-urétérale unilatérale).
- La cystoscopie normale, mise à part une sur-élévation trigonale (obs. 1).

B . LE TRAITEMENT FUT RADIO-CHIRURGICAL 5 fois sur 8 en raison de :

- 3 curiéthérapies pré-opératoires (obs. 5, 7, 8)
- 3 irradiations externes post-opératoires (obs. 1, 6, 8)

1) La curiéthérapie fut classique, utérine et vaginale.

En 1 temps (obs. 5) sonde + colpostat, 8.640 mgh en 6 jours.

En 2 temps (obs. 7 et 8) irradiation vaginale puis utérine (7.850 mgh et 6.240 mgh) chaque application étant laissée en place 6 jours.

- Sur le plan clinique il n'y eut pas de modifications de l'infiltration paramétriale. Dans 1 cas (obs. 7) il y eut même une extension apparente après radium, mais elle coïncidait avec une pyométrie sévère et était donc probablement inflammatoire.

- Les frottis faits 5 semaines plus tard restèrent positifs (classe 4 dans la classification de Papanicolaou) : dans 2 cas (obs. 5 et 7), dans le 3^e (obs. 8) on retrouvait des altérations cellulaires post-radiques avec nécrobiose.

- L'exérèse chirurgicale fut faite 2 mois, 4 mois et 6 semaines après la curiéthérapie.

2) L'irradiation post-opératoire

Elle fut imposée par un envahissement lymphatique du paramètre (obs. 1) ou du ganglion obturateur (obs. 8) ou des chaînes iliaques externes et primitives (obs. 6) : invasion diffuse bilatérale des ganglions.

- Roentgenthérapie conventionnelle (1.500 Roentgen) ayant entraîné une réaction vésicale et sciatalgique passagère (recul de 12 ans sans récurrence) (obs. 1).

- Cobaltothérapie (5.500 et 4.000 rads tumeur sur les aires ganglionnaires) avec un recul de 6 ans et 2 ans sans récurrence (obs. 6 et 8.).

C. LE TEMS CHIRURGICAL DE CELLULECTOMIE TOTALE :

1) La cellulectomie fut bilatérale dans 5 cas (obs. 1 à 5) de principe, puisque dans ces formes, l'infiltration n'atteignait pas la paroi. Ces interventions ne présentèrent pas de difficultés très importantes, elles furent cependant assez longues (de 5 à 7 h) et la compensation sanguine fut de 1.100 cc à 3.000 cc. Cependant une résection urétérale fut imposée par un englobement néoplasique confirmé extemporanément, avec ré-implantation urétérale immédiate (obs. 5). Chez cette malade, on découvrit également de nombreuses adénopathies néoplasiques adhérant intimement à la veine iliaque externe gauche.

2) La cellulectomie fut unilatérale dans 3 cas (obs. 6 à 8), en raison de l'envahissement néoplasique du paramètre et des ganglions iliaques externes, prouvé par biopsie extemporanée dans l'obs. 6 - associé à une résection urétérale avec réimplantation immédiate.

. en raison de difficultés importantes l'hémostase dans le plan d'exérèse classique; la sclérose inflammatoire péri-urétérale imposa sa résection avec ré-implantation immédiate (obs. 7).

. Enfin une très volumineuse adénopathie obturatrice adhérant au tronc ombilico-utérin fit préférer une cellulectomie à une exérèse plus limitée (obs. 8).

De l'autre côté, l'exérèse porta sur les ailerons sus et sous urétéraux selon la technique habituelle des colpo-hystérectomies très élargies, conservant l'artère ombilicale dans le but de diminuer la dévascularisation vésicale.

Ces interventions furent un peu moins longues, 5 H en moyenne et nécessitèrent 1.600 à 3.200 cc de sang.

3) Dans tous les cas, la protection urétérale fut assurée soit par intra-péritonisation vraie (obs. 3) , soit par adossement recto-sigmoïdien sous-trigonal, afin d'exclure le plus possible les uretères de la région sous péritonéale pour éviter la fibrose péri-urétérale post-opératoire.

4) L'examen de la pièce opératoire confirma :

7 fois sur 8 la présence de cancer actif sur le col

3 fois sur 8 (obs. 1, 4, 6) l'invasion du paramètre :

2 reculs de 13 ans et 6 ans - 1 décès à 3 mois.

3 fois sur 8 (obs. 4, 6, 8) l'invasion lymphatique

(dans 2 cas : invasion massive) : 1 décès à 3 mois.

2 reculs de 6 ans et 2 ans.

1 fois l'envahissement de la paroi de l'uretère (obs.4)

décès 3 mois après l'exérèse.

5) Les suites opératoires furent simples sauf dans le cas précédent où l'apparition précoce (15è jour) d'une fistule vésicale annonça la reprise évolutive (décès au 3è mois).

Dans les autres cas, on nota une reprise tardive du transit, des troubles de la miction précoces et constants, mais temporaires, une infection urinaire fréquente, vers le 15è jour; la plupart des opérées purent quitter le service entre le 20è et le 25è jour.

De l'autre côté, l'exérèse porta sur les ailerons sus et sous urétéraux selon la technique habituelle des colpo-hystérectomies très élargies, conservant l'artère ombilicale dans le but de diminuer la dévascularisation vésicale.

Ces interventions furent un peu moins longues, 5 H en moyenne et nécessitèrent 1.600 à 3.200 cc de sang.

3) Dans tous les cas, la protection urétérale fut assurée soit par intra-péritonisation vraie (obs. 3) , soit par adossement recto-sigmoïdien sous-trigonal, afin d'exclure le plus possible les uretères de la région sous péritonéale pour éviter la fibrose péri-urétérale post-opératoire.

4) L'examen de la pièce opératoire confirma :

7 fois sur 8 la présence de cancer actif sur le col

3 fois sur 8 (obs. 1, 4, 6) l'invasion du paramètre :

2 reculs de 13 ans et 6 ans - 1 décès à 3 mois.

3 fois sur 8 (obs. 4, 6, 8) l'invasion lymphatique

(dans 2 cas : invasion massive) : 1 décès à 3 mois.

2 reculs de 6 ans et 2 ans.

1 fois l'envahissement de la paroi de l'uretère (obs.4)

décès 3 mois après l'exérèse.

5) Les suites opératoires furent simples sauf dans le cas précédent où l'apparition précoce (15è jour) d'une fistule vésicale annonça la reprise évolutive (décès au 3è mois).

Dans les autres cas, on nota une reprise tardive du transit, des troubles de la miction précoces et constants, mais temporaires, une infection urinaire fréquente, vers le 15è jour; la plupart des opérées purent quitter le service entre le 20è et le 25è jour.

D. LES RESULTATS

Ils se jugent sur le plan vital et fonctionnel.

1) Les résultats vitaux

- 6 malades sont en vie avec 3 reculs supérieurs à 10 ans, 2 supérieurs à 5 ans, 1 recul de 2 ans sans signes de récurrence.
- 1 malade est décédée 3 ans après l'exérèse, d'affection intercurrente (accident thrombo-embolique chez une femme de 66 ans)
- 1 malade est décédée après 3 mois d'évolution (obs.4)
Il s'agissait d'une malade âgée de 30 ans porteuse d'un carcinome de stade II fort, très infiltrant, avec compression urétérale, anémie importante. La pièce d'exérèse confirma l'envahissement lymphatique diffus et l'envahissement péri-urétéral massif; une fistule vésicale très précoce annonça la poursuite évolutive.

2) Les résultats fonctionnels :

La longue durée de surveillance rend cette lère série particulièrement intéressante. Les complications urologiques dominent tous les problèmes ultérieurs.

a) Les complications fonctionnelles sont très fréquentes

- Infections pyélo-urétérales récidivantes (4 cas)
à colibacilles le plus souvent, parfois entérocoques ou pyocyaniques. Ces infections certes curables par une antibiothérapie adaptée, restent préoccupantes par leur retentissement sur le fonctionnement rénal.

- Les troubles de la miction handicapent assez souvent ces malades : dans 3 cas, perte de la sensation de besoin

d'uriner (imposant des mictions volontaires avec effort de poussée qui n'évite pas toujours la persistance d'un résidu vésical); il peut s'y associer une incontinence urinaire nocturne ou à l'effort, obligeant la malade à des précautions particulières.

b) Les sténoses et fistules urétérales furent observées chez 5 malades :

- 2 sténoses urétérales unilatérales (après cellulectomie bilatérale).

. obs. 2 : découverte 10 mois après l'exérèse (U.I.V. : mutisme rénal) une urétéro-iléo-néocystostomie ne permit pas la récupération fonctionnelle du rein. Secondairement apparue une lithiase vésicale.

. obs. 1 : la sténose urétérale unilatérale avec mutisme rénal complet fut découverte 4 ans après l'exérèse, lors du bilan d'une hypertension artérielle apparue secondairement. Une intervention fut refusée par la malade, toujours en vie 10 ans après.

- 1 sténose urétérale bilatérale (après cellulectomie unilatérale). Découverte 6 mois après l'exérèse associée à une petite vessie post-radique, une double urétéro-iléo-néocystostomie donna un résultat fonctionnel satisfaisant (obs. 8). Recul actuel de 2 ans.

- 1 fistule urétéro-vaginale précoce après ré-implantation urétérale lors de la cellulectomie fut traitée par urétéro-néocystostomie 5 semaines après l'exérèse avec succès (obs. 7). Recul de 5 ans.

- 1 fistule vésico-vaginale et recto-vaginale, apparue 4 mois après l'exérèse et traitée en 2 temps, 1 an plus tard, avec succès (obs. 5).

c) Les dilatations urétéro-pyéliques secondaires sont fréquentes :

- D'importance variable uni ou bilatérales prédominant alors sur un côté, ces dilatations furent observées tant après cellulectomie unilatérale que bilatérale. Elles peuvent être liées à une sténose urétérale basse, dépistées par le cathétérisme urétérale ou la pyélographie (obs. 1, 2, 8,), qui impose une intervention.

- Dans d'autres cas, (obs. 5 et 6) elles sont susceptibles de rétrocession complète lorsque la surveillance se prolonge plusieurs années. Dans ces cas on est conduit à incriminer une modification du péristaltisme urétéral, peut être due à un environnement inadapté (par cellulite sus-péritonéale ou hématome post-opératoire) ou à un trouble temporaire de la vascularisation urétérale.

Certaines constatations opératoires lors de ré-interventions étayent cette hypothèse montrant l'uretère atone englobé dans un conduit fibreux; c'est pour éviter cet englobement secondaire que l'on intra-péritonise, autant qu'il est possible, les uretères en fin d'interventions : mais cette mesure n'est pas toujours suffisante.

d) Les urographies tardives (2 ans après l'exérèse au minimum) apparaissent satisfaisantes dans 4 cas sur 6, hormis un résidu vésical important (obs. 3).

Dans 2 cas, il persiste une mutité rénale unilatérale, l'autre rein étant morphologiquement normal.

e) Nous ne ferons que mentionner d'autres complications :

- 2 sténoses rectales imposant régime sans résidu et lavements quotidiens.
- une lymphocèle dont l'importance fit craindre une récurrence.
- une nécrose totale de la muqueuse vésicale survenue au cours de la cobaltothérapie secondaire avec élimination d'un véritable moule vésical (obs. 8)
- une septicémie à gram négatif après iléo-cystoplastie, l'évolution favorable.

f) Les examens cliniques tardifs constatent fréquemment une sclérose pelvienne, parfois très dense.

L'interprétation de ces "bassins gelés" est très difficile, car au milieu de cette sclérose dense, peut se développer une infiltration carcinomateuse dont la preuve histologique est impossible à établir.

Ainsi le retentissement urologique considérable domine toute l'évolution secondaire.

Dans ces phénomènes, il est difficile de faire la part de la dévascularisation, certainement très importante, particulièrement au niveau de la vessie, et de l'énervation viscérale pelvienne quasi totale lorsque la désinsertion des ligaments utéro-vagino-sacrés se fait sur le sacrum.

La ligature bilatérale de l'artère hypogastrique même après la naissance de l'artère fessière, supprime presque totalement l'irrigation vésicale, assurée pour la majeure partie par les artères ombilicales, et les rameaux vésicaux nés des artères génitales et honteuses internes.

Seules persistent quelques anastomoses avec l'artère épigastrique et une vascularisation de suppléance à partir du périnée,

ANALYSE DES CARCINOMES DE STADE III

Introduction

I - Données générales

- 1) cliniques
- 2) urologiques

II - Modalités thérapeutiques et résultats vitaux.

- A. Curiethérapie - Chirurgie
- B. Cobaltothérapie - Chirurgie
- C. Chirurgie seule avant physiothérapie

III - La chirurgie d'exérèse

- A. Données techniques
 - 1) Cellulectomies bilatérales
 - 2) Cellulectomies unilatérales
 - 3) Pronostic urologique
- B. Evolution immédiate et complications post-opératoires
 - 1) Les suites opératoires
 - 2) Les fistules viscérales

IV - Evolution lointaine

- 1) Complications urologiques mineures
- 2) Complications urétérales (fistules et dilatations)
- 3) Autres complications

Conclusion.

ANALYSE DES OBSERVATIONS DE CARCINOMES CERVICAUX DE STADE III

24 malades atteintes de cancers du col utérin de stade clinique III subirent une exérèse large avec cellulectomie totale.

1) Rappelons que tous les stades III observés dans le service ne furent pas opérés selon cette technique : dans certains cas la régression de l'infiltration néoplasique lors du temps physiothérapique initial permit une colpohystérectomie d'large classique; dans d'autres cas, la progression de la maladie pendant l'irradiation supprima toute possibilité d'exérèse.

2) Ces modification du degré de l'infiltration furent fréquemment constatées dans les cas précédents.

- Ainsi dans 4 cas, l'examen initial hésitait entre une extension néoplasique ou simplement inflammatoire. L'aggravation de l'infiltration lors du premier temps thérapeutique, confirma sa nature carcinomateuse (obs. 10, 15, 16, 19).

- Dans 3 cas le traitement initial fut entrepris hors du service; lors de l'hospitalisation, l'examen clinique confirmait l'atteinte pariétale (obs. 8, 10, 12).

- Dans 7 cas l'irradiation pré-opératoire entraîna une nette diminution tant du volume du col que de l'infiltration latérale, pourtant sans que l'atteinte pariétale ne disparaisse, imposant alors une cellulectomie totale.

3) Les indications thérapeutiques furent diverses :

. 4 cas furent opérés d'emblée (obs. 1, 2, 3, 13).

- . 5 cas furent opérés après télé-cobalto-thérapie associées 3 fois à une curiethérapie (obs. 11, 15, 16, 18, et 21).
- . 15 cas furent opérés après curiethérapie.

I - DONNEES GENERALES

1) Données cliniques :

- l'âge moyen de ces malades est de 52 ans (32 ans à 65 ans), avec une parité de 2, 8 (0 à 9 grossesses).
- le délai entre le premier signe d'alarme, métrorragies le plus souvent, et le diagnostic, est habituellement court : inférieur à 3 mois dans la moitié des cas, à 6 mois dans 6 autres cas.

- l'examen clinique notait :

. des lésions cervicales, ulcéro-végétantes, débordant 10 fois sur les culs de sac vaginaux et atteignant le 1/3 inférieur du vagin, soit lors de l'examen initial (obs. 17 et 21), soit après agents physiques (obs. 8 et 16); cette extension revêt une particulière gravité.

. une infiltration latérale sur la totalité du paramètre dans 20 cas, s'étendant 11 fois sur les ligaments utéro-sacrés du même côté, fixant presque complètement l'utérus.

L'infiltration contro-latérale portait sur les 2/3 du paramètre dans 10 cas, et sa totalité dans 4 cas.

- Une anémie franche était retrouvée dans 14 cas :

l'évolution de ces formes nous a paru plus sévère (7 décès par récidive, 4 décès post-opératoires, contre 6 survies éloignées dans les 10 autres cas).

- L'examen histologique initial montra un carcinome invasif, le plus souvent malrichien, plus ou moins différencié (9 spino-cellulaires, 14 baso-cellulaires), et un carcinome cylindrique.

Dans 13 cas, on retrouvait des critères histologiques d'activité (nombreuses mitoses anormales, infiltration profonde dans le chorion, faible stroma réaction), et dans ces cas, on ne retrouve que 2 survies à long terme contre 5 survies sur 11 cas, lorsque cet aspect histologique n'est pas précisé.

2) Bilan urologique:

- Les manifestations urinaires cliniques sont retrouvées dans 16 cas : lombalgies unilatérales ou coliques néphrétiques dans 8 cas, douleurs pelviennes ou troubles de la miction dans 11 cas. Dans l'obs. 11, ces troubles restèrent isolés pendant 3 mois.

L'azotémie était comprise entre 0,25 g/1000 et 0,50 g/1000.

- Les modifications urographiques sont essentielles.

L'urographie initiale montrait 12 fois sur 23 des modifications des voies excrétrices supérieures :

10 dilatations pyélo-urétérales, unilatérales;

1 dilatation bilatérale (obs. 21), et une mutité rénale avec dilatation contro-latérale (obs. 11).

L'importance de ces dilatations imposa 3 dérivations urétérales avant tout traitement (2 urétérostomies unilatérales - obs. 9 et 22 - une urétérostomie bilatérale : obs. 11).

. Pendant l'irradiation pré-opératoire apparurent 4 dilatations urétéro-pyéliques (obs. 12, 16, 18, 19) tandis que 2 dilatations initiales furent franchement majorées (obs. 17 et 21).

. La gravité de cette atteinte urinaire initiale ou secondaire est certaine : sur ces 9 cas (dérivations préalables et dilatations secondaires), on retrouve 4 décès post-opératoires, 3 décès par récurrence néoplasique, 2 survies de 4 ans et 6 ans sans récurrence.

A l'opposé, l'évolution de 7 cas sans atteinte urétérale sur l'urographie pré-opératoire, montra 5 survies au delà de 5 ans, sans récurrence; 1 décès post-opératoire; 1 décès par récurrence précoce.

- La cystoscopie montra 6 fois une surélévation trigonale, 5 fois un oedème du trigone. Ces modifications de voisinage ne semblent avoir une signification péjorative précise.

II - MODALITES THERAPEUTIQUES ET RESULTATS à long terme

Sur 24 malades, on note :

. 9 survies d'une certaine durée, sans signe de récurrence, 2 de 10 ans, 4 de 6 ans, 2 de 4 ans, 1 de 9 mois (obs. 3, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 14).

. 6 décès post-opératoires, 3 dans les suites de la cellulectomie (obs. 11, 13, 22); 3 dans les suites de ré-interventions pour fistules vésicales néoplasiques (obs. 18, 20, 21).

. 9 décès par poursuites évolutives dans un délai de 4 mois à 4 ans, 16 mois en moyenne.

A) 15 malades subirent une curiethérapie isolée avant l'exérèse chirurgicale.

1.) La curiethérapie fut faite selon les modalités diverses : 9 fois en 1 temps (colpostat et sonde intra-utérine) avec une irradiation de 5.000 à 10.800 mgh.

5 fois en 2 temps (vaginal puis utérin), irradiation de 6.700 à 9.450 mgh.

1 fois en 3 temps (7.680 mgh.)

2.) Des frottis de contrôle furent faits 4 à 6 semaines après l'irradiation :

- 4 restaient positifs (obs. 5, 8, 10, 20) :

l'examen de la pièce opératoire confirma la diffusion néoplasique

- 8 montraient des altérations cellulaires post-radiques ou des aspects de cytolyse : il persistait des cellules

actives sur 5 pièces opératoires, 3 étaient apparemment stérilisées (obs. 4, 7, 14).

. 3 étaient inflammatoires : il persistait quelques cellules actives à l'examen histologique.

La négativité des frottis de contrôle permet d'espérer une évolution favorable.

3.) L'exérèse chirurgicale comporta

5 cellulectomies totales bilatérales, 10 cellulectomies unilatérales, ainsi que 5 résections urétérales unilatérales, 3 résections bilatérales.

L'examen des pièces opératoires montra :

. Dans 3 cas une stérilisation totale (obs. 4, 7, 14 : survie de 10 ans, 6 et 4 ans sans récurrence, sans physiothérapie secondaire).

. Dans 1 cas des cellules actives sur le col : recul de 6 ans (obs. 9)

. Dans 7 cas la persistance de lésions actives sur le col débordant sur le vagin (3 cas) et le paramètre :

. Dans 11 cas, un envahissement du paramètre : 1 survie de 6 ans (obs. 6).

. Dans 5 cas, une invasion lymphatique (obs. 5, 8, 20, 23, 24) : 1 survie de 6 ans, 1 de 9 mois, sans récurrence. (cobalt post-opératoire).

. Enfin dans 3 cas, une pénétration cancéreuse dans la paroi urétérale (obs. 10. et 12, 22) et vésicale (obs. 22) - 1 survie de 4 ans - Cobalt post-opératoire (obs. 12).

4.) 5 cobaltothérapies furent faites après l'exérèse chirurgicale.

. Dans 3 cas en raison de l'invasion lymphatique : 2 reculs de 6 ans et 9 mois sans récurrence (obs. 9 et 24), 1 décès 9 mois après l'exérèse.

. Dans 2 cas en raison de l'invasion du paramètre (1 survie de 4 ans, : obs. 12 ; 1 décès avec métastases osseuses : obs. 17).

En résumé

- 7 malades semblent actuellement guéries

Rétrospectivement, on peut attacher une certaine valeur pronostique à la discrétion de l'anémie, à l'absence d'atteinte urétérale initiale sauf 1 cas, l'amélioration des lésions sous curiethérapie (1 seul frottis restant positif), l'examen des pièces opératoires (3 pièces stérilisées, 1 invasion ganglionnaire, 1 envahissement urétéral), enfin une exérèse simple avec 2 résections urétérales, et des suites opératoires de bonne qualité, nous y reviendrons.

Pour une 8ème malade, le recul est encore insuffisant (10 mois) mais l'évolution apparaît comparable (obs. 24).

- 5 malades récidivèrent à bref délai (obs. 8, 10, 17, 19, 23).

On peut regrouper des éléments péjoratifs : anémie franche, constante, atteinte urétérale dans 3 cas, une aggravation des lésions cliniques dans 3 cas (2 frottis restant positifs); l'examen de la pièce opératoire montra la persistance de lésions actives sur le col et les paramètres, 2 invasions ganglionnaires massives, 1 invasion urétérale.

Dans ces cas les suites opératoires furent difficiles, 2 fistules vésicales précoces venant confirmer la poursuite évolutive. Dans 2 autres cas, l'allure évolutive était analogue : ces malades décédèrent dans les semaines suivant l'exérèse et l'autopsie confirma la poursuite évolutive (obs. 20 et 22).

B) 5 malades subirent une cobaltothérapie préalable
associée dans 3 cas à une curiethérapie complémentaire.

1) l'irradiation externe fut de 4.000 à 5.500 rads pelvis délivrée en 2 à 3 mois. Elle fut précédée par une curiethérapie vaginale (5.000 mgh) dans 1 cas, et suivie 3 fois par une curiethérapie utérine (4.300 mgh) ou vaginale (3.200 et 3.600 mgh) en raison de la persistance d'éléments néoplasiques actifs.

Malgré cette irradiation 4 frottis sur 5 restèrent positifs.

2) L'examen clinique constata après cette irradiation :

- . Dans 1 cas une amélioration franche (obs. 18)
- . Dans 2 cas aucune modification (obs. 11 et 21).
- . Dans 2 cas une franche aggravation avec extension vaginale et paramétriale (obs. 15 et 16).

3) L'exérèse fut faite 4 à 6 mois après le début de l'irradiation (2 cellulectomies bilatérales, 3 unilatérales) et l'examen de la pièce opératoire retrouva :

- . 4 fois des lésions actives sur le col et le vagin et constamment un envahissement paramétrial.
- . 3 envahissements urétéraux ou vésicaux.
- . 1 invasion ganglionnaire, 1 métastase épiploïque (obs. 11).

4) Ces cas récidivèrent rapidement:

- . 2 fistules vésicales précoces imposèrent une dérivation urétérale (décès post-opératoires)
- . 2 survies de 8 mois et 15 mois après le diagnostic

C) 4 malades furent opérées d'emblée :

(Obs. 1, 2, 3, 13,).

-Dans 3 cas il s'agissait de cancers histologiquement actifs, dans 1 cas une pyométrie contre-indiquait l'emploi d'agents physiques (obs. 13).

On notait dès le premier examen des images de dilata-tions pyélo-urétérales unilatérales dans 3 cas.

-Lors de l'exérèse (2 cellulectomies bilatérales, 2 unilatérales), 2 résections urétérales et 2 résections de la musculature vésicale furent nécessaires.

-L'examen de la pièce opératoire, outre les lésions cervico-vaginales, confirma l'invasion paramétriale et dans 2 cas l'envahissement ganglionnaire (obs. 1 et 13).

L'évolution ultérieure retrouve :

- . une survie de 12 ans sans récurrence (obs. 3).
- . un décès après 4 ans, par récurrence pelvienne, de cause non connue; (Roentgenthérapie post-opératoire) obs. 1
- . un décès par récurrence après 2 ans 1/2 d'évolution (obs. 3).
- . un décès post-opératoire (obs. 13) par embolie pulmonaire.

Au total il semble dans cette courte série, qu'aux malades opérées après un délai excessif (3 à 6 mois après le diagnostic, qu'il y ait eu ou non une irradiation externe préalable) correspondent les évolutions les plus défavorables. Il est à noter que ces observations correspondent à des aspects histologiques particulièrement actifs, du fait du nombre des mitoses anormales et de l'absence de stroma réaction conjonctive (mais les colorations sélectives permettant de mettre en évidence une "réaction de cloture" n'ont pas été faites sur les coupes initiales).

III - LA CHIRURGIE D'EXERÈSE

L'exérèse chirurgicale eut lieu

. 4 fois sans physiothérapie préalable.

. 15 fois 5 semaines à 3 mois après curiethérapie (1 urétérostomie et 1 pyélostomie avaient été faites lors de la pose de radium).

. 5 fois après cobaltothérapie environ 3 semaines après la fin de l'irradiation, soit 4 à 6 mois après le diagnostic (1 urétérostomie bilatérale fut faite avant tout traitement).

A.- Données techniques :

- 9 cellulectomies bilatérales

- 15 cellulectomies unilatérales associées à une large exérèse contro-latérale (ailerons sus et sous-urétéraux jusqu'au plan des releveurs) furent pratiquées.

1) Les cellulectomies bilatérales

. 2 cas furent opérés d'emblée (obs. 2 et 3)

1 résection urétérale avec ré-implantation immédiate (pour suspicion d'englobement néoplasique : survie de 2 ans 1/2) et 1 résection de la musculuse du trigone (en raison de difficultés de clivage vésico-vaginal dues à la sclérose) furent nécessaires. Dans ce dernier cas il s'agissait d'un cancer développé sur col restant et l'on fit une colpectomie sub-totale (survie de 12 ans).

. 2 cas furent opérés après cobalto-thérapie

(obs. 11 et 15) : l'importante infiltration latérale imposa une dissection sous-adventicielle des vaisseaux iliaques externes; on ne pût éviter 2 plaies veineuses qui furent suturées. Dans 1 cas, une résection bilatérale de l'uretère intra-ligamentaire fut imposée par le voisinage immédiat de l'infiltration cancéreuse

(invasion urétérale histologique). Dans l'autre cas l'envahissement néoplasique de la vessie découvert per-opératoirement imposa une résection urétéro-trigonale. Ces résections furent suivies de dérivations cutanées bilatérales (décès post-opératoire : obs. 11, survie de 15 mois : obs. 15).

. 5 cas furent opérés après curiethérapie:

= Dans 2 observations la dissection put ménager les uretères (obs. 4 : survie de 10 ans, obs. 5 : survie de 6 ans).

= Dans l'obs. 19, l'impossibilité du clivage vésico-vaginal imposa une résection urétéro-trigonale avec urétérostomie bilatérale.

= Dans l'obs. 24 la résection urétérale bilatérale fut imposée d'un côté par l'infiltration néoplasique, de l'autre par la dénudation de l'uretère terminal. Une plaie vésicale conduisit à pratiquer une urétérostomie cutanée bilatérale.

= Dans l'obs. 22 l'infiltration néoplasique très importante imposa une résection urétéro-vésicale partielle (sous couvert d'une pyélostomie), et une colpectomie totale. Cette malade mourut 20 jours après l'exérèse : l'autopsie montra une désunion vésicale avec nécrose urétérale terminale.

Ces interventions furent toujours longues (7 heures en moyenne) , difficiles, hémorragiques, particulièrement lors du temps de clivage vésico-vaginal.

Lors du temps de clivage latéral, des difficultés importantes furent rencontrées au cours de la lymphadénectomie , mais aussi dans 4 cas lors du temps de ligatures veineuses, l'infiltration néoplasique massive étant à l'origine de deux hémorragies au niveau des veines sacrées latérales.

La compensation sanguine fut en moyenne de 5.000 cc (3.600 à 7.500 cc de sang total).

2) Les cellulectomies unilatérales

- 2 cas furent opérés sans agents physiques préalables (obs. 1 et 13) , une résection urétérale fut nécessaire. Dans 1 cas, les dissections du coté opposé à la cellulectomie faites selon les modalités habituelles du Wertheim imposa un tamponnement ^{par} drain de Mickulicz en raison des difficultés d'hémostase (survie de 4 ans).

- 3 cas furent opérés après cobaltothérapie. L'englobement néoplasique confirmé par l'examen histologique imposa 3 résections urétérales. Ces résections furent suivies de ré-implantation immédiate (2 décès post-opératoires, 1 survie de 4 mois - Obs. 16, 18, 21).

- 10 cas furent opérés après curiethérapie. 4 résections urétérales unilatérales furent pratiquées (dans 1 cas en raison de l'infiltration néoplasique); une résection urétérale bilatérale fut imposée par l'impossibilité, lors de l'exérèse, de cathétériser l'uretère terminal.

Ces résections furent dans tous les cas suivies de ré-implantation immédiate.

Enfin l'extension néoplasique imposa 4 colpectomies sub-totales ou totales.

Dans l'ensemble ces interventions furent plus simples, plus courtes et moins hémorragiques que les précédentes.

Elles durèrent 6 heures en moyenne (4 heures 30 à 8 heures)

La compensation sanguine per-opératoire fut de 3.000 cc en moyenne mais parfois beaucoup moins (1.000 cc.).

Par contre dans 1 cas la blessure d'une veine ischiatique majora considérablement la compensation sanguine (6.800 cc).

Les principales difficultés vinrent du clivage vésico-vaginal en raison de l'extension de l'infiltration néoplasique imposant des dissections au plus près de la vessie avec le risque de plaie vésicale, source de fistule post-opératoire si l'on n'assèche pas la vessie par une dérivation urétérale bilatérale.

3) L'étude des protocoles opératoires montre bien les difficultés rencontrées au niveau du bas appareil urinaire du fait des remaniements néoplasiques ou inflammatoires. L'incidence de ce problème urologique majeur sur l'évolution est bien entendu déterminante.

Les observations où il fut nécessaire de recourir à une résection urétérale ou urétéro-trigonale, correspondent presque toujours à des formes évolutives; l'invasion histologique du trigone fait de ces cas de véritables stade IV, dont ils ont le pronostic.

Ainsi sur 15 malades, nous ne retrouvons que 2 survies durables et 1 recul de 9 mois sans signe de récurrence. Inversement, lorsque la conservation urétérale apparut possible, l'infiltration paramétriale étant moins prononcée, le pronostic vital lointain fut bien meilleur : sur 9 malades nous retrouvons 6 survies à long terme.

B. - Evolution immédiate et complications post-opératoires

1) Les suites opératoires immédiates :

- Dans 12 cas, les suites opératoires immédiates furent très simples comparées à l'importance de l'intervention. Elles furent marquées habituellement par un certain retard dans la reprise du transit intestinal, des troubles de la miction (incontinence ou rétention d'urine) assez constants et parfois durables,

une infection urinaire passagère, enfin une anémie longue à se corriger en l'absence de transfusions.

On note dans ces cas les survies les plus longues : 6 guérisons à 5 ans et plus, (cobaltothérapie post-opératoire dans 2 cas), 1 recul de 9 mois sans récurrence (cobaltothérapie post-opératoire), mais aussi 4 décès entre 9 mois et 4 ans après le diagnostic.

Ces décès survinrent dans 3 cas malgré une cobaltothérapie secondaire : récurrence pelvienne (survie de 9 mois), métastatique avec tassement vertébral (survie de 14 mois). La 4^e récurrence survenue 2 ans après l'exérèse (fistule recto-vaginale) ne fut pas modifiée par une chimiothérapie.

Nous reviendrons sur les suites éloignées des malades survivantes.

- Dans 12 cas, les suites opératoires immédiates furent difficiles ou compliquées.

. difficiles en raison d'un syndrome infectieux sévère parfois associé à un ictère dont l'origine resta im- précise (transfusionnel, hémolytique ou infectieux : obs. 15 et 16), des troubles du transit avec état sub-occlusif persistant plus de 8 jours après l'intervention (obs. 8, 16, 9 et 20).

. compliquées par :

= deux hémorragies pelviennes massives :

l'une mortelle avant tout traitement survenant au 20^e jour dans un tableau de suppuration pelvienne (obs. 11 : l'autopsie retrouva une ulcération nécrotique d'une veine iliaque externe), l'autre finit par guérir après 2 ré-interventions (obs. 14 : recul de 4 ans).

= une occlusion post-opératoire sur corps étranger ré-opérée le 15^e (survie de 8 mois).

= une embolie pulmonaire mortelle au 4^e jour
 = une septicémie à staphylocoques, dont on obtient la guérison (obs. 18 : hémoculture positive).

= une insuffisance rénale progressive avec décès le 20^e jour (obs. 22 : repullulation pelvienne avec nécrose vésico-urétérale).

La gravité des accidents d'origine infectieuse, l'importance des suppurations pelviennes constatées lors des ré-interventions ou des autopsies, militent pour une antibiothérapie massive au moindre signe d'alarme si ce n'est systématique.

De même l'anémie si fréquente doit être réparée par des transfusions répétées.

2) Les fistules viscérales précoces furent observées dans un délai de 15 jours à 6 semaines après l'exérèse.

. 3 Fistules vésico-vaginales (obs. 8, 16, 20) et 2 fistules urétéro-vésico-vaginales (obs. 10 et 18).

Dans 1 cas, une tentative de cure chirurgicale échoua et se compliqua d'une occlusion par volvulus du grêle.

La ré-intervention ne permit qu'une urétérostomie cutanée bilatérale ; l'évolution ultérieure fut marquée par des infections urinaires récidivantes, une fistule recto-vaginale, le décès survint 18 mois après l'exérèse (obs. 8).

Dans un autre cas, aucun traitement ne fut pratiqué la récurrence néoplasique était prouvée par la biopsie de l'orifice fistuleux (obs. 16 : survie de 8 mois).

Dans les 3 autres cas, une urétérostomie cutanée bilatérale eut pour but d'assécher la vessie et de soulager ces malades (2 décès post-opératoires, 1 survie de 5 mois).

. 2 fistules stercorales (obs. 15 et 16) survinrent au cours du 2^e mois, imposant une colostomie d'amont. Ces malades avaient subi avant l'intervention une cobaltothérapie. Dans ces 2 cas la survie fut de 9 mois après l'exérèse.

. 1 sténose urétérale précoce nécessita une urétérostomie cutanée; l'intervention extrêmement difficile confirma la récurrence néoplasique (obs. 21, décès post-opératoire).

Ainsi ces fistules vésicales précoces témoignent d'une évolution très péjorative; liées à une poursuite évolutive prouvée par la biopsie 4 fois sur 5, leur traitement ne fut que palliatif.

En fait l'extrême souci de conservation viscérale a probablement conduit dans ces cas à pratiquer le clivage vésico-vaginale dans un tissu trop proche de l'infiltration néoplasique. Il est évident que d'autres auteurs n'hésitent pas en telles circonstances à pratiquer une exentération systématique. Il est certain que cette orientation thérapeutique est susceptible d'améliorer notablement le pronostic lointain, probablement au prix d'un certain nombre de mutilations abusives.

La décision à prendre est souvent extrêmement difficile, ni l'examen clinique, ni l'étude cystoscopique, ni la cystotomie exploratrice ne peuvent donner dans ces cas limites de renseignements décisifs. On connaît de plus les difficultés d'interprétation des examens histologiques extemporanés sur des tissus suspects, préalablement irradiés.

IV - L'EVOLUTION LOINTAINE

Sur 24 malades opérées, 8 peuvent actuellement être considérée comme guéries sur le plan cancérologique.

Mais de nombreuses complications persistent.

1) Les complications urologiques mineures sont très fréquentes: troubles de la miction, syndrome d'énervation vésicale durable avec perte du besoin d'uriner, résidu vésical, incontinence partielle à l'effort ou nocturne, miction automatique, infection urinaire sévère répétée, conduisant à la lithiase vésicale et rénale, ces complications selon leur degré et leur association handicapent la vie de ces malades, imposent parfois leur hospitalisation et conduisent progressivement à l'insuffisance rénale.

Il faut insister sur la nécessité d'une surveillance prolongée de l'état urologique de ces malades et d'une chimiothérapie anti-infectieuse au long cours, afin de limiter le plus possible ces complications.

2) Les dilatations urétéropyéliquiques sont quasi-constantes et habituellement découvertes dans les semaines qui suivent l'exérèse mais parfois plus tardivement.

14 observations montrent l'importance de ce problème:

a) En effet dans 10 cas nous n'avons pas d'urographies post-opératoires,

dans 3 cas, en raison du décès dans les semaines suivant l'intervention (obs. 11 et 13, obs.22: réimplantation droite),

dans 3 cas parce que l'exérèse se termina par une urétérostomie cutanée bilatérale (obs. 15 et 19 récurrence précoce; obs. 24 : pontage urétéro-vésical 10 mois plus tard avec succès),

dans 4 cas pour des raisons diverses: dans les observations 2 et 5, la malade n'a pas été suivie dans le service après l'exérèse (1 réimplantation), dans l'obs. 16 une récurrence précoce avec fistule vésicale a dominé l'évolution, (Réimplantation droite), dans l'obs. 9, une dérivation urétérale

unilatérale préalable fut supprimée 2 mois après l'exérèse et la malade n'a pas été réexaminée depuis (recul de 6 ans).

b) Dans 13 cas, les urographies précoces montrent des aspects de dilatations urétéropyéliques uni ou bilatérales, d'importance variable. Nous y joindrons l'obs. 8, où une sténose urétérale juxta-vésicale fut constatée lors d'une réintervention précoce.

Certes ces dilatations s'observent en général au niveau des uretères non réimplantés, néanmoins dans quelques cas, elles s'observent quand même du côté de la réimplantation per-opératoire.

Dans 3 cas, la dilatation urétéropyélique importante bilatérale, survint malgré 2 réimplantations unilatérales et 1 réimplantation bilatérale; elle s'associait à 2 fistules vésicales précoces et une sténose urétérale. La poursuite évolutive fut confirmée par la réintervention à la 6ème semaine (urétérostomie cutanée) : 3 décès post-opératoires (obs. 18,20,21).

Dans 4 cas, une réimplantation urétérale unilatérale avait été pratiquée : nous retrouvons 2 dilatations bilatérales modérées (obs. 1 et 10) et 2 sténoses urétérales du côté non réimplanté: dans l'obs. 12, une sténose urétérale étendue apparue 1 an après l'exérèse, avait fait craindre une repullulation locale et fut opérée. On trouva une fibrose dense englobant tout l'uretère pelvien, imposant l'urétérolyse. Recul de 4 ans. Dans l'obs. 23, une sténose constituée à bas bruit, par reprise évolutive, entraîna la mutité rénale.

Dans 7 cas, il n'y eu pas de résection urétérale .

Nous retrouvons 4 dilatations urétéropyéliques importantes (obs. 3, 4, 7, 17), 2 dilatations unilatérales modérées (obs. 6 et 14), une sténose urétérale lors d'une réintervention.

On note habituellement dans ces cas un aspect rétréci ou filiforme du bas uretère.

Certes dans quelques cas, le cathétérisme urétéral confirme l'existence d'une sténose serrée : une réimplantation urétérale est nécessaire, mais ne donne pas toujours une récupération fonctionnelle totale. Ainsi en est-il dans l'obs. 4 : sténose urétérale bilatérale, découverte 4 mois après l'exérèse. La montée de sondes urétérales n'apporta aucune amélioration de la dilatation sus-jacente, une urétéro-iléo-cystoplastie droite puis gauche fut pratiquée. Ultérieurement, une lithiase vésicale imposa l'extraction du calcul par taille hypogastrique. Recul de 10 ans.

Cependant , nombre de ces sténoses urétérales sont cathétérisables par voie endoscopique, par des sondes de moyen calibre.

En effet, à la réduction de calibre proprement dit, du conduit, s'associe une sclérose péri-urétérale, transformant l'uretère en un tuyau rigide dépourvu de péristaltisme.

Ce dispositif est fréquemment observé dans les exérèses cellulo-fibreuses élargies, et entretient la dilatation d'amont. Cette dilatation bien tolérée par le rein pendant une assez longue période peut entraîner par suite de la stase, des infections urinaires itératives, qui à la longue, vont altérer la valeur fonctionnelle du parenchyme rénal.

C'est pour éviter ces sténoses cicatricielles que l'on cherche en fin d'intervention à exclure l'uretère de la région sous-péritonéale, par des artifices d'intra-péritonisation, le plus fréquemment utilisé étant l'adossement recto-sigmoïdien sous-trigonal.

Ces artifices semblent insuffisants dans ces très larges exérèses pour prévenir ces complications. Par ailleurs nous avons constaté qu'après 10 ré-implantations urétérales pratiquées lors de l'exérèse, il ne fut observé qu'une fistule urétérale au niveau de la ré-implantation et ceci malgré des poursuites évolutives.

Aussi, pensons-nous actuellement que la résection systématique des uretères intra-ligamentaires, avec ré-implantation immédiate (tout au moins dans les cellulectomies unilatérales), constituerait une solution séduisante.

Cette résection aurait pour premier avantage d'améliorer la qualité de l'exérèse et de raccourcir sa durée (nous avons vu la fréquence des envahissements histologiques de la paroi urétérale).

La réimplantation haute dans la vessie (zone la mieux vascularisée après ce type d'exérèse), protégerait dans une certaine mesure l'uretère de la clérose post-opératoire.

Ainsi, la fréquence des ré-interventions imposées par ces complications urétérales pourrait-elle diminuer.

Nous avons vu que ces interventions imposent fréquemment le recours à des plasties iléales, dont on sait les risques après irradiation externe.

Rappelons les modifications observées sur les urographies faites plus de 2 ans après l'exérèse (chez 6 malades sur 8). On retrouve des dilatations urétéropyéliquiques :

- Dans 2 cas (obs 4 et 7) bilatérales et importantes (malgré une iléo-cystoplastie secondaire dans l'obs. 4) entraînant un retentissement fonctionnel certain.

- Dans 2 cas (obs. 3 et 12) unilatérales mais ayant justifié une intervention (dans l'obs. 12: urétérolyse du côté non réimplanté).

- Dans les 2 derniers cas, ces dilatations sont modérées et semblent bien tolérées, (obs. 6 et 14).

Les cystographies dans ces cas sont peu modifiées.

- Il semble que les dilatations constatées précocement, en dehors de toute sténose serrée, puissent à la longue régresser progressivement (obs. 3 : malgré une fistule urétérale apparue 9 mois après 1^{er} exérèse et tarie spontanément).

- Nous n'avons pas de documents dans les obs. 5 et 9.

3) Autres complications :

. 4 sténoses rectales d'origine extrinsèque imposent à ces malades un régime alimentaire sans résidu et l'usage de laxatifs.

. Les oedèmes des membres inférieurs apparus tardivement ne paraissent pas relever exclusivement d'un mécanisme de blocage lymphatique.

Les études phlébographiques qui ont été faites et les constatations opératoires ont montré un processus d'englobement par la sclérose de la veine iliaque externe.

Dans certains cas, ces oedèmes témoignent malheureusement d'une récurrence locale que l'évolution vient rapidement confirmer.

Malgré ces complications, certes préoccupantes, ces malades ont repris une activité pour certaines d'entre elles tout à fait normale.

Rappelons les résultats de cette série de malades :

-9 malades en vie sans signe de récurrence; 2 reculs de 10 ans, 4 de 6 ans, 2 de 4 ans, 1 de 9 mois.

-6 décès post-opératoires (dont 3 après ré-intervention pour récurrence précoce).

-9 décès par récurrence avec une survie moyenne de 18 mois après le diagnostic (8 mois à 4 ans).

PHYSIOTHERAPIE DES K DE STADE III

CURIETHERAPIE INITIALE SEULE

dosage et durée	Biopsie et Pièce opératoire	Irradiation IIaire survie (après leDg)
vaginal 30 utérin 20 x9j.=10.800 mgh.	Spino C Actif stérilisée	En vie Recul de 10 ans
vaginal 30x7j.= 9450 utérin 30x6j. mgh.	Baso C col paramètres actif ganglion I E G.	<u>Cobaltothérapie</u> Recul de 6 ans
vaginal 30x7j.= 9450 utérin 30x6j. mgh.	Baso C Paramètre D.	En vie Recul de 6 ans
vaginal 30x7 utérin 30x6 = 9450 mgh.	Baso C stérilisée	En vie Recul 6 ans
vaginal 30 x6=4320 mgh.	Spino C Col vagin paramètres actif ganglions IE et II	Décès 18 mois
vaginal 30 utérin 30x6 = 8560 mgh.	Spino C Col (quelques foyers actifs)	En vie Recul 6 ans
vaginal 20x7 puis 10x4 utérin 20x7 =7680 mgh.	Baso C Col - paramètres actif ganglion I. Uretère	Décès 7 mois
vaginal 30 utérin 20x6 = 8000 mgh.	Spino C Col- paramètres uretère g.	<u>Cobaltothérapie</u> Recul 4 ans
vaginal 20 utérin 20x7 =6790 mgh.	Baso C stérilisée	En vie Recul 4 ans
vaginal 30 = 8400 utérin 20x7 mgh.	Baso C paramètres D et G col	<u>Cobaltothérapie</u> Décès 14 mois
vaginal 20 utérin 20x8 =7680 mgh.	Baso C paramètre D col	Décès 12 mois
vaginal 20 utérin 10x7 = 5040 mgh.	Baso C Paramètre G ganglion I E G	Décès P O
vaginal 30x7 utérin 30x5 = 8640 mgh.	Baso C Paramètre-Annexes actif uretère -trigone	Décès P O
vaginal 20x7 =6720 utérin 20x7 mgh.	Spino c Col paramètres actif ganglion I primitif	<u>Cobaltothérapie</u> Décès 9 mois
vaginal 30 = 10000 utérin 30x7 mgh.	Baso C Paramètre Ganglion IE et II	<u>Cobaltothérapie</u> Recul de 10 mois

COBALTOTHERAPIE INITIALE

cobalt: 4000 rds/tumeur en 8 sem. RA vaginal 30x5 =3600 mgh	cylindrique endocol.	-paramètres - nodule épiploïque	décès post.Op.
RA vaginal 30x7 =5040 mgh Cobalt 5500 rads/T en 10 semaines RA utérin 30x6 =4320 mgh	Baso très actif	-col, vagin paramètres trigone	décès 15 mois
Cobalt : 4000 rads/T en 2 mois	Baso très actif	- col vagin paramètres ganglions IE uretère	décès 8 mois
Cobalt 5500 rad/T. en 3 mois	Baso	-col, corps paramètres	décès P.O.
Cobalt 4500 R/T en 10 semaines RA utérin 20x5 puis vaginal 20x4 = 3240 mgh.	Baso actif	- col, para- mètres uretère	décès P.O.

RESULTATS DU TRAITEMENT DE 24 CARCINOMES DE STADE III

I - 9 malades en vie, sans signe de récurrence :

- . Recul de 10 ans : 2 cas

- Obs. 3 : chirurgie seule (A + C)

- Obs. 4 : Radium-chirurgie (stérilisée)

- . Recul de 5 ans au moins : 4 cas

- Obs. 5 : radium chirurgie (A.C.D.) cobalt post-opé.

- Obs. 6 : radium chirurgie (C)

- Obs. 7 : radium chirurgie (stérilisée)

- Obs. 9 : radium chirurgie (A)

- . Recul de 4 ans : 2 cas

- Obs. 12 : radium chirurgie (A.C. uretère) cobalt p. op.

- Obs. 14 : radium chirurgie (stérilisée)

- . Recul de 9 mois : 1 cas

- obs. 24 : radium chirurgie (C.D.) cobalt post-opé.

II - 9 décès par récurrence avec survie moyenne de 18 mois :

- Obs. 1 survie de 4 ans, chirurgie (A.C.D.) Roentgenth post.op.

- Obs. 2 survie de 30 mois, chirurgie d'emblée (A.C.)

- Obs. 8 survie de 22 mois, radium chirurgie (A.B.C.D.)

- Obs. 15 survie de 15 mois, cobalt chirurgie (A.B.C.D. trigone)

- Obs. 17 survie de 14 mois, radium chirurgie (A.C.) cobalt

- Obs. 19 survie de 12 mois, radium chirurgie (A.C) post. Op.

- Obs. 23 survie de 9 mois, radium chirurgie (A.B.C.D.) Co.p.op.

- Obs. 10 survie de 8 mois, radium chirurgie (A.B.C. uretère)

- Obs. 16 survie de 8 mois cobalt chirurgie (A.B.C.D. uretère)

III - 6 décès post-opératoires :

- 3 dans les suites de la cellulectomie :

- Obs. 11 : cobalt chirurgie (C + épiploon)

- Obs. 22 : radium chirurgie (C + uretère et vessie)

- Obs. 13 : chirurgie d'emblée (A.C.D.)

- 3 dans les suites des ré-interventions pour récurrences précoces :

- Obs. 18 : cobalt chirurgie (A.B.C.)

- Obs. 20 : radium chirurgie (C.D.)

- Obs. 21 : cobalt chirurgie (A.C. uretère)

ANALYSE DES OBSERVATIONS DE CANCERS CERVICAUX
DE STADE IV

Introduction

I - Données générales

- 1) Données cliniques générales
- 2) Données urologiques
 - a) cliniques
 - b) cystoscopiques
 - c) urographiques

II - Traitement initial

- A) Dérivations urinaires
- B) Irradiation pré-opératoire

III - Chirurgie d'exérèse

- 1) Délais
- 2) Difficultés
- 3) Durée
- 4) Etude de la pièce opératoire

IV - Résultats

- 1) Décès post-opératoires
- 2) Décès par récidives
- 3) Traitements complémentaires

Conclusions

ANALYSE DES OBSERVATIONS DE CARCINOMES DE STADE IV

15 malades atteintes de carcinome cervical primitif de l'utérus, de stade IV clinique, ont subi une exentération pelvienne antérieure ou totale avec cellulectomie pelvienne totale, imposée par l'importance de l'infiltration latérale associée à l'envahissement viscéral.

3 malades eurent un premier temps thérapeutique hors du service dans les semaines précédant leur hospitalisation.

Rappelons que sur 42 malades opérées dans le service de cancer de l'utérus de stade IV, 26 n'eurent qu'une intervention palliative (en raison d'une dissémination néoplasique extra-pelvienne).

Une exentération avec cellulectomie totale fut possible pour 10 malades : pour 6 autres l'exentération s'associa à une colpo-hystérectomie élargie classique l'extension latérale étant moins importante

I - DONNEES GENERALES

1) - Données cliniques

- l'âge moyen de ces malades est de 54 ans (30 à 77 ans) on retrouve 31 grossesses, soit une parité de 2.

- le délai entre les premières métrorragies et le diagnostic de la lésion est inférieur à 3 mois dans 4 cas, inférieur à 6 mois dans 2 cas, supérieur à 1 an dans 6 cas. Mais on retrouve à plusieurs reprises la survenue de lombalgies quelques mois avant l'apparition des métrorragies.

- l'examen clinique initial retrouvait une tumeur ulcéro-végétante cervico-vaginale volumineuse, infiltrant le 1/3

inférieur du vagin dans 5 cas (obs. 3, 4, 5, 9, 10).

Latéralement les paramètres étaient 7 fois totalement envahis des 2 cotés, 8 fois d'un seul côté, l'infiltration se prolongeant sur les ligaments utéro-sacrés dans 6 cas.

Enfin 2 invasions rectales étaient soupçonnées cliniquement, la biopsie confirma dans 1 cas ce diagnostic.

- une anémie importante fut retrouvée 6 fois sur 15.

- la biopsie initiale montra:

- . 5 carcinomes spino-cellulaires (obs. 1,2,4,10,13)

- . 6 carcinomes baso-cellulaires et 1 anaplasique (obs. 14).

- . 3 carcinomes cylindriques (obs. 3, 9, 15).

Dans 4 cas il s'agissait de carcinomes très actifs histologiquement (obs. 5, 10, 11, 14). Il semble que les carcinomes spino-cellulaires assez différenciés, soient un peu moins évolutifs (4 survies de 12 à 30 mois) que les cancers baso-cellulaires (2 survies de 3 et 8 mois et 5 décès post-opératoires).

On nota 2 survies de 7 et 9 mois pour les cancers cylindriques.

2) - Données urologiques

a) retentissement clinique

- Dans 2 cas l'hospitalisation fut imposée par une oligo-anurie avec hyper-azotémie qui imposa une dérivation urinaire à bref délai (Obs. 6 et 9).

- On retrouve dans tous les cas des troubles de la miction ou des lombalgies récentes.

- L'azotémie atteint dans 4 cas des chiffres élevés (1,15 gr/1000 à 3,80 gr/1000), elle n'est normale que dans 4 cas.

b) La cystoscopie

. Dans 4 cas il existait un envahissement vésical massif avec des bourgeons tumoraux intra-vésicaux ou un oedème cérébriiforme.

. Dans 9 cas l'envahissement de la musculature vésicale était probable en raison de l'importance de l'oedème polypoïde trigonal.

. Dans 1 cas une surélévation trigonale fut notée: il s'agissait d'une très grosse tumeur avec envahissement rectal.

Cette invasion vésicale fut parfois retrouvée par l'urocytogramme, et toujours par l'examen de la pièce opératoire. Aucune biopsie ne fut pratiquée lors des cystoscopies.

c) L'urographie est presque constamment modifiée

. Un mutisme rénal unilatéral était noté dans 8 cas associé à 6 dilatations contro-latérales.

. Dans 2 cas on retrouve 1 dilatation urétéropyélique bilatérale (obs. 6 et 9).

. Dans 1 cas la malade avait subi une néphrectomie d'un rein poly-kystique, le rein restant apparaissait lui aussi poly-kystique (obs. 10)

. 2 urographies étaient normale. (obs. 2) ou à peine modifiée (obs. 7).

Cette atteinte urétérale imposa 9 dérivations urinaires avant tout traitement.

En outre la cystographie révélait dans quelques cas des empreintes au niveau des cornes vésicales faisant suspecter un envahissement ganglionnaire.

II - TRAITEMENT INITIAL

1) Les dérivations urinaires furent diverses :

- . 3 pyélostomies bilatérales (obs. 4, 5, 6).
- . 1 pyélostomie unilatérale (obs. 12)
- . 1 urétérostomie cutanée bilatérale (obs. 9)
- . 2 urétérostomies cutanées unilatérales (obs. 8 et 11)
- . 2 urétérostomies bilatérales trans-iléales (obs. 3, 7).

Il semble que l'urétérostomie cutanée simple exécutée par voie trans-péritonéale soit actuellement la meilleure méthode permettant un bilan local réel.

Le retentissement biologique de ces dérivations est important. Certes l'azotémie revient le plus souvent rapidement à des chiffres normaux; mais on trouve fréquemment des perturbations électrolytiques importantes, associant une hypo-électrolytémie globale avec modifications rapides de la Kaliémie et une anémie sévère (obs. 5, 6, 7, 9) : 3 décès post-opératoires).

Ces modifications sont surtout retrouvées après dérivation urinaire bilatérale ou trans-iléale; elles doivent être corrigées avant toute intervention par une réanimation soigneuse.

Les interventions d'exérèse eurent lieu le plus souvent 4 à 10 semaines après la dérivation urinaire, délai imposé par l'irradiation préalable ou parce que la dérivation urinaire avait été faite dans un autre service.

2) L'irradiation pré-opératoire

Cette irradiation fut faite dans 7 cas : complète ou envisagée parfois à titre palliatif, dans 3 cas elle fut mise en route en dehors du service.

- 3 cobaltothérapies et 1 roentgenthérapie furent pratiquées. Les doses étaient de 4.000 à 5.000 rads/tumeur, étalées sur 3 mois environ.

- Dans 3 cas, on y associa une curiethérapie vaginale (3.300 à 4.300 mgh) l'exérèse étant faite 1 mois plus tard (obs. 1, 10, 12).

- Dans 3 cas la curiethérapie fut seule utilisée : dans 2 cas curiethérapie complète utérine et vaginale (obs. 7 et 11 9.000 et 8.640 mgh), ou simplement vaginale (obs. 5 : 3.300 mgh).

Les frottis de contrôle restèrent positifs dans tous les cas, sauf dans l'obs. 13 (cobaltothérapie préalable).

On ne nota aucune amélioration clinique, et dans 3 cas (obs. 7, 10, 12) une nette progression de l'infiltration latérale.

III - LA CHIRURGIE D'EXERESE

1) L'exérèse chirurgicale eut lieu dans des délais variables après le diagnostic.

. Dans 7 cas ce délai fut inférieur à 6 semaines, soit parce que l'exentération fut proposée d'emblée (obs. 2, 14, 15) ou pratiquée après simple dérivation urinaire, une curiethérapie étant réalisée conjointement (obs. 4, 5 et 8,9).

Sur ces 7 cas, on retrouve 5 survies de 6, 9 et 10 et 13 et 30 mois, 2 décès post-opératoires.

. Dans 8 cas, ce délai fut de 2 mois 1/2 à 6 mois en raison de l'irradiation pré-opératoire ou du fait de dérivation urinaire trans-iléale (intervention de Bricker).

Sur ces 8 cas, on retrouve 3 survies de 5, 13 et 26 mois 5 décès post-opératoires.

2) Les difficultés chirurgicales furent parfois extrêmes à la limite des possibilités de la technique.

- latéralement, l'infiltration néoplasique ou scléro-inflammatoire englobait les vaisseaux iliaques externes 7 fois sur 15 et lors de la lymphadénectomie on ne pût éviter 2 plaies veineuses.

- Plus en arrière, l'infiltration atteignait dans 3 cas les limites de la région : l'échancrure sciatique, le plexus sacré, le périoste pré-sacré; les dissections veineuses dans ces conditions furent difficiles dans 6 cas; néanmoins 2 plaies veineuses (ischiatique et sacrée) furent contrôlées sans incident.

Ces cellulectomies furent toujours bilatérales sauf dans l'obs. 10, . Il semble que de plus grandes difficultés furent rencontrées dans les cas opérés tardivement, particulièrement après irradiation externe.

- L'exérèse viscérale fut comparativement plus simple :

. Dans 2 cas on pratiqua des résections vésicales partielles :

dans l'obs. 1, la résection vésicale fut suivie d'iléo-cysto-plastie immédiate. Cette intervention fut longue (10 heures) ; décès 9 jours plus tard d'insuffisance rénale.

dans l'obs. 14 , à la résection vésicale s'ajouta une résection étendue de la musculature rectale et une ré-implantation urétérale. Une fistule vésico-recto-vaginale précoce puis une hémorragie pelvienne massive survint au 20^e jour. Décès. L'autopsie montra une suppuration pelvienne importante avec une nécrose urétérale bilatérale.

. Dans 10 cas on pratique une exentération antérieure avec colpectomie totale ou subtotale. Elles furent suivies d'urétérostomie cutanée en l'absence de dérivation préalable (obs. 2, 8, 10, 15). Dans 1 cas fut pratiquée une intervention de Coffey (obs. 6, décès 15 jours après).

Dans 1 cas une intervention de Bricker fut faite au décours de l'exentération (obs. 13 : survie de 22 mois).

. Dans 3 cas, l'exentération fut totale :

obs. 3 : exentération totale après dérivation préalable (intervention de Bricker) : décès post-opératoire.

obs. 4 : exentération totale avec amputation du rectum chez une malade de 70 ans; survie de 28 mois (pyélostomies préalables)

obs. 11 : exentération antérieure avec résection recto-sigmoïdienne et rétablissement de la continuité sous couvert d'une colostomie. Fistule recto-vaginale.

Survie de 3 mois (urétérostomie gauche et curiethérapie préalable).

3) La durée de ces exérèses apparaît inférieure à celle des interventions faites pour des cancers moins évolués en apparence.

La suppression du temps de clivage génito-urinaire en est la raison essentielle. Lorsque les dissections latérales de la cellulectomie n'offrent pas de difficultés particulières on peut réaliser ces exérèses en moins de 5 h. Celles-ci durèrent en moyenne 6 h (de 4 h 30 à 10 h).

On constate également que la compensation sanguine pré-opératoire fut habituellement modérée : 2.400 cc en moyenne sauf dans l'obs. 11 où une exentération totale imposa 6.000 cc de sang.

Rappelons que dans les statistiques de Brunschwig on note respectivement 3.250 cc, et 4.300 cc de sang per-opératoire pour une exentération antérieure ou totale.

Ceci confirme la qualité des hémostases veineuses de la cellulectomie réglée et les possibilités étendues de la technique.

4) L'étude de la pièce opératoire confirme l'importance de la diffusion néoplasique même après irradiation préalable, sauf dans l'obs. 13 : l'examen histologique ne montra après cobaltothérapie que des altérations cellulaires post-radiques. Une récurrence survint tardivement : survie de 26 mois.

Dans tous les autres cas, on retrouve des lésions néoplasiques actives au niveau de l'utérus, du vagin, des paramètres et des viscères : 13 invasions vésicales, 5 invasions urétérales, 2 invasions rectales (obs. 4 et 11).

De plus on notait 3 envahissements ganglionnaires le plus souvent massifs, et 2 diffusions extra-pelviennes (nodules tumoraux sur une anse grêle : obs. 6 et 7).

Les envahissements lymphatiques sont aussi fréquents dans les cas opérés précocément ou tardivement : la diffusion du carcinome est peut être plus importante dans les cas opérés avec un certain recul.

IV - LES RESULTATS

Ils nous semblent décevants.

- 2 résections vésicales partielles : 1 décès post-opératoire
- 10 exentérations antérieures : 5 décès post-opératoires.
- 3 exentérations totales : 1 décès post-opératoire.

1) Les décès post-opératoires

7 malades sont décédées dans les 6 semaines qui suivirent l'exentération.

- L'insuffisance rénale aiguë entraîna 4 décès, 2, 5, 9 et 14 jours après l'exérèse: (obs. 3, 5, 1 et 6).

L'oligo-anurie s'accompagna de troubles hydro-électrolytiques très importants et cliniquement d'œdèmes ou de crises convulsives.

3 dérivations urinaires bilatérales avaient été imposées avant l'exérèse par l'importance du retentissement rénal clinique et biologique, 6 semaines à 4 mois avant l'exentération (Néphrostomie bilatérale dans 2 cas, intervention de Bricker dans 1 cas).

Une réanimation pré et post-opératoire conduite en centre spécialisé pourrait peut être limiter la gravité et la fréquence de ces accidents.

- Dans 3 cas le décès fut secondaire à :

- . obs. 7, un collapsus post-opératoire et irréversible (arrêt cardiaque per-opératoire récupéré par massage direct).
- . obs. 12, une septicémie à gram négatif avec collapsus, 48 h. après l'intervention.
- . obs. 14, une hémorragie pelvienne massive.

2) Les décès par récurrence :

8 malades eurent une survie allant de 5 à 30 mois:

- . 2 malades furent opérées d'emblée : 7 et 13 mois de survie (obs. 2 et 15).

- . 3 malades furent opérées 3 semaines après dérivation urinaire. Survies de 8, 9 et 30 mois (obs. 4, 9, 8).
- ; 1 malade fut opérée après radium : survie de 5 mois (obs. 11).
- . 2 malades furent opérées après cobalthérapie : survies de 13 mois (obs. 10) et 24 mois (obs. 13).

Dans ce dernier cas, le cobalthérapie avait apparemment stérilisé les lésions.

Bien que ces résultats vitaux soient très médiocres, il ne faut pas méconnaître le rôle antalgique et hémostatique de ces exérèses. Dans plusieurs cas, l'indication opératoire fut imposée par des hémorragies génitales incoercibles, ou en raison de douleurs pelviennes ou sciatiques intenses, rebelles aux traitements antalgiques majeurs.

Dans ces cas, l'exérèse apporta constamment un soulagement parfois total, améliorant de façon sensible les conditions de survie de ces malades.

3) Traitement complémentaire : on pratiqua secondairement :

- 2 cobalthérapies, 1 roentgen-thérapie : survies de 10, 13 et 30 mois (obs. 9, 10 et 4).
- 2 interventions destinées à améliorer la qualité des dérivations urinaires : urétérostomie transsigmoïdienne (obs. 4), et trans-iléale (obs. 8).
- Enfin dans l'obs. 10 une fistule recto-vaginale imposa une colostomie. Secondairement l'importance des douleurs imposa une cordotomie.

Au terme de cette étude il semble possible de regrouper quelques éléments qui nous ont paru influencer le pronostic.

1°) Le retentissement rénal initial, lorsqu'il impose des dérivations urinaires bilatérales en raison de manifestations cliniques d'insuffisance rénale, semble une contrindication presque définitive à une exérèse. Dans tous les cas, il risque d'être sous-estimé.

2°) Le retard apporté à l'exérèse, quelque'en soit la cause, aggravant l'altération générale de ces malades, les rend moins aptes à supporter une intervention radicale.

3°) Les dérivations urétérales bilatérales trans-iléales, outre l'importance de l'acte chirurgical, entraînent des modifications importantes de l'équilibre hydro-électrolytique. Le retard qu'elles imposent à l'exérèse lorsqu'elles sont faites au préalable, la prolongation de l'acte opératoire qu'elles entraînent lorsqu'elles sont faites au décours de l'exentération, conduit à repousser à plus tard, si les circonstances le permettent, cette amélioration des dérivations urétérales.

4°) L'influence des agents physiques sur ces grosses tumeurs semble limitée.

Le volume même de ces cancers ne permet guère d'espérer une réduction du fait de la curiethérapie.

L'irradiation externe (par cobalt ou betatron), beaucoup plus puissante, se heurte cependant à la tolérance générale de l'organisme.

L'étalement nécessaire des doses ne permet plus alors de délivrer une irradiation suffisante pour arrêter le développement de ces tumeurs.

Or la possibilité d'une intervention sûre, relativement peu choquante en l'absence d'une altération fonctionnelle rénale importante, assez rapide lorsque l'exentération est précédée ou suivie de dérivations urétérales simples, permet d'envisager une chirurgie d'exérèse précoce, véritable "chirurgie de réduction".

Elle redonnerait son efficacité à l'irradiation externe secondaire commencée dès que les suites opératoires le permettraient.

Quant au risque de dissémination néoplasique du fait de l'acte chirurgical, il pourrait dans une certaine mesure être diminué par l'utilisation per-opératoire de substances anti-mitotiques dont le maniement apparaît maintenant mieux connu.

Ultérieurement, si l'évolution le permettait, on pourrait envisager une reconstruction vésicale, les modalités de l'irradiation externe tenant compte de cette possibilité.

Nous savons bien que ces exérèses ne sont possibles que chez un petit nombre de malades. Mais les résultats désastreux obtenus quelques soient les thérapeutiques, invitent à rechercher d'autres méthodes s'appuyant sur quelques évolutions qui nous ont paru moins rapidement défavorables.

TRAITEMENT DES CARCINOMES DE STADE IV

TEMPS UROLOGIQUES

Avant l'exérèse	Au décours de l'exérèse	Après l'exérèse
	iléocystoplastie	Décès post-O.
	Urétérostomie bilatérale	Bricker impossible
Intervention de Bricker		décès P.O..
ostomie bilatérale		néovessie sigmoïd.
ostomie bilatérale		décès P.O..
ostomie bilatérale	Coffey	décès P.O..
Intervention de Bricker		décès P.O..
Urérostomie Droite	Ureterost.Gauche	Interv. de Bricker
Urérostomie Bilatérale		
Prostectomie 10 ans plus	Uréterostomie Dte.	
(C)		
Urérostomie Gauche	Urétérostomie droite	
ostomie gauche	Urétérostomie droite	décès P.O. .
	Intervention de Bricker	
	Cystectomie partielle Réimplantation urétérale	Décès P.O. .
	Urétérostomie bilatérale	

ANALYSE DES OBSERVATIONS DE CANCERS GENITAUX
RECIDIVES

RECIDIVES SANS ATTEINTE VISCERALE :

- 1) Traitement initial
- 2) Délai de récurrence
- 3) Examen clinique
- 4) Traitement chirurgical
- 5) Evolution ultérieure

RECIDIVES AVEC EXTENSION VISCERALE :

- I - Thérapeutiques initiales
- II - Données cliniques
- III - L'exérèse chirurgicale
 - Exérèses viscérales partielles
 - Exentérations postérieures
 - Exentérations antérieures
 - Exentérations totales
 - Dissections pédiculaires
 - Examen des pièces opératoires
- IV - Evolution ultérieure

Conclusion

Additif

ANALYSE DES OBSERVATIONS DE CANCERS GENITAUX RECIDIVES

Ce groupe d'observations est très disparate sur le plan histologique, évolutif et thérapeutique.

Dans tous les cas, le traitement initial du cancer fut fait en dehors du service. (Ce fut parfois un traitement de "rattrapage" le carcinome étant découvert sur une pièce opératoire).

Les malades n'ont été vues qu'à l'occasion d'une récurrence ou d'une poursuite évolutive.

Nous avons étudié 6 récurrences vagino-pelviennes, 12 récurrences avec envahissement viscéral clinique.

RECIDIVES SANS INVASION VISCERALE

6 malades âgées de 50 à 66 ans furent opérées de carcinomes malpighiens ou cylindriques récidivés.

1) le traitement initial :

- Dans 3 cas, le cancer fut découvert sur une pièce d'hystérectomie. On pratiqua une irradiation complémentaire : cobalthérapie pour un cancer malpighien (6.000 rads pelvis), Roentgenthérapie modérée ou curiethérapie vaginale pour 2 carcinomes cylindriques endométriaux.

- Dans 3 cas, le cancer initial avait été reconnu et traité par :

- . Roentgenthérapie massive (cancer malpighien de stade 4)
- . Cobalthérapie et cervicectomie (cancer malpighien sur sol restant).

- . Intervention de Wertheim suivie de curiethérapie vaginale et cobaltothérapie (4.000 rads tumeur) pour un cancer cylindrique papillaire.

2) La récurrence survint :

- Pour les cancers malpighiens : 1, 2 et 4 ans après le traitement initial.
- Pour les cancers cylindriques : 8 mois, 3 et 5 ans après le traitement initial.

Des hémorragies vaginales associées dans 2 cas à des douleurs pelviennes donnèrent l'alarme 5 fois sur 6.

Dans 1 cas on découvrit la récurrence vaginale lors d'un examen de contrôle répété tous les 6 mois.

3) L'examen clinique

. On notait outre les lésions vaginales, une infiltration latérale partielle (3 cas) ou totale (3 cas).

L'azotémie et la numération globulaire étaient normales, la biopsie confirmait la récurrence et son type histologique.

. L'urographie était modifiée dans 4 cas :

1 dilatation urétéro-pyélique importante, (imposant une dérivation urinaire: obs. 4); 2 dilatations urétéro-pyéliques modérées; et 1 empreinte vésicale.

. La cystoscopie ne montrait que des altérations post-radiques.

4) Le traitement chirurgical

Il fut précédé d'une dérivation urinaire (obs. 4)

- La cellulectomie totale fut bilatérale dans 2 cas, unilatérale dans 4 cas (sur l'autre côté l'exérèse des ailerons sus et sous urétéraux fut faite selon la technique habituelle).

Ces dissections latérales furent très difficiles dans 2 cas, en raison de l'infiltration néoplasique (obs. 3), ou de la sclérose (obs. 5).

Dans ce dernier cas, la dissection vésico-vaginale fut difficile et très hémorragique.

- On associa à la cellulectomie 5 lymphadénectomies 4 colpectomies totales et 2 résections urétérales avec dérivation cutanée.

- Ces interventions furent assez longues, 6 h en moyenne et nécessitèrent une compensation sanguine très variable : 1.400 & 8.000 cc (obs. 5).

- L'examen de la pièce opératoire confirma l'infiltration vaginale et du tissu cellulaire pelvien, et dans 2 cas une invasion ganglionnaire (obs. 3 et 4 : cancer cylindrique).

- Les suites opératoires furent simples dans 3 cas, compliquées dans 3 cas par la survenue précoce d'une fistule vésicale. Enfin dans l'obs. 1, une hémorragie pelvienne massive, 7 semaines après l'exérèse, entraîna le décès.

5) L'évolution ultérieure

. Des dilatations urétéro-pyéliques bilatérales furent constatées dans 4 cas, moins de 2 mois après l'exérèse. Elles nécessitèrent 2 urétérostomies cutanées bilatérales (en raison d'une fistule vésicale : obs. 2 ; et d'une récurrence précoce : obs 6) et une intervention de Bricker (Obs. 5).

Dans le dernier cas, la possibilité de cathétériser l'uretère fit surseoir à l'intervention (obs. 3).

. Une irradiation, secondaire fut possible chez 2 malades n'ayant eu qu'une curiethérapie vaginale. Elle fut imposée dans 1 cas par une récurrence vaginale 6 mois après l'exérèse (obs. 4 : survie de 30 mois).

. Les résultats sont loin d'être négligeables :

- 3 décès par récurrence après 9 mois (obs. 6)
- 30 mois (obs. 4)
- 39 mois (obs. 2)

d'évolution.

- 2 survies de 18 mois (obs. 3) et 36 mois (obs. 5) sans signe de récurrence à ce jour.

De tels résultats justifient un acte chirurgical, certes difficiles, mais qui bien souvent, reste le seul traitement à proposer à ces malades.

RECIDIVES AVEC EXTENSION VISCERALE

12 malades âgées de 34 à 64 ans furent opérées de récidives étendues de cancers génitaux.

I - THERAPEUTIQUES INITIALES

1) Le traitement appliqué au cancer initial fut variable selon le stade clinique et le type histologique; le plus souvent les agents physiques furent associés à une exérèse chirurgicale:

- 6 hystérectomies totales précédées de 2 curiethérapies et suivies de 3 irradiations externes.

- 4 opérations de Wertheim, dans 1 cas après curiethérapie (obs. 17), et suivies de 3 cobaltothérapies (obs. 10, 14, 17).

Dans l'obs. 15 ce fut le seul traitement d'un cancer sur col restant.

- Dans l'obs. 11, un cancer sur col restant fut traité par curiethérapie avec lymphadénectomie secondaire.

- Un carcinome cervical de stade III fut traité exclusivement par agents physiques (obs. 16) radium + cobalt.

2) Les cancers primitifs étaient :

- 7 fois de type malpighien plus ou moins différencié
- 4 fois de type cylindrique (1 cancer endométrial)
- 1 tumeur de la granulosa (obs. 12).

3) Le délai entre le traitement initial et le dépistage de la récidive est de 7 mois à 10 ans.

Les hémorragies furent habituellement révélatrices, parfois associées à des lombalgies ou des troubles de la miction.

II - DONNEES CLINIQUE

- L'examen retrouvait une infiltration vagino-pelvienne atteignant la paroi dans 9 observations

La cystoscopie montrait dans 4 cas une infiltration néoplasique certaine (obs. 9, 13, 14, 16), dans 6 cas un oedème rigide du trigone, très suspect.

La rectoscopie faite dans 4 cas, confirma 2 envahissements cliniques (obs. 11 et 18).

L'urographie révélait 6 dilatations urétéro-pyéliques unilatérales, 3 reins muets, le coté opposé étant normal dans 2 cas, 2 dilatations urétéro-pyéliques bilatérales.

Enfin 2 empreintes vésicales. Ces anomalies imposèrent 3 dérivations urinaires pré-opératoires (obs. 7, 10, 16).

- La biopsie confirma dans tous les cas la récurrence, sauf dans l'observation 16 où les différentes biopsies ne montrèrent que des altérations cellulaires post-radicales.

III - L'EXERESE CHIRURGICALE

Réalisée dans 3 cas après pyélostomies (2 bilatérales 1 unilatérale,) et dans 1 cas après cobaltothérapie (obs. 9), elle fut de type divers :

- 2 exérèses viscérales partielles
- 2 exentérations postérieures
- 5 exentérations antérieures
- 4 exentérations totales

. Les exérèses viscérales partielles associèrent une résection partielle du rectum et une résection urétéro-trigonale. Dans l'observation 18, l'intervention se termina par une urétérostomie cutanée. Ses suites furent troublées par une fistule recto-vésicale qui finit par se tarir spontanément.

Dans l'observation 8, on pratiqua une iléo-cystoplastie. Elle se compliqua de fistules multiples vésicales et stercorale. Décès au 15è jour post-opératoire.

. Les exentérations postérieures.

A l'amputation du rectum avec colostomie s'ajouta dans l'obs. 7, une résection urétérale avec ré-implantation immédiate sous couvert d'une pyélostomie.

Les suites opératoires furent simples.

Dans l'obs. 12, une résection urétéro-trigonale fut suivie d'une ré-implantation : 1 fistule urétéro-vésicale imposa une ré-intervention.

. Les exentérations antérieures

Dans 4 cas, elles furent relativement simples, dans leur exécution comme dans leurs suites (obs. 9, 10, 13, 14 : survies de 3, 5, 16 mois. 1 recul de 10 mois).

Dans l'obs. 17, les difficultés de dissection furent importantes. On termina l'exérèse par une intervention de Bricker. Décès par embolie pulmonaire précoce.

. Les exentérations totales furent plus difficiles, surtout lors du temps de dissection latérale. L'exérèse viscérale se termina par une colostomie et une urétérostomie bilatérale dans 2 cas, 1 pyélostomie dans 1 cas. On déplora 2 décès post-opératoires par insuffisance rénale aiguë et par occlusion au 15è jour ; 1 survie de 17 mois.

. Les dissections péliculaires, 10 fois bilatérales, furent dans 6 cas difficiles, parfois à la limite des possibilités de clivage.

Cependant il n'y eut que 2 plaies vasculaires lors de la lymphadénectomie associée (obs. 11)

Ces interventions durèrent 7 heures en moyenne (4 h. 30 à 9 h. : dans 2 cas où l'on fit une plastie vésicale).

La compensation sanguine per-opératoire fut de 3.000 cc en moyenne (1.200 cc à 7.000 cc : plaie veineuse iliaque externe et hypogastrique).

. L'examen des pièces opératoires

- Il confirma dans tous les cas sauf 1 l'invasion vaginale et viscérale : 4 emboîsements rectaux, 5 vésicaux, 3 urétéraux, mais aucune invasion lymphatique.

- Dans l'obs. 16, les prélèvements ne montrèrent que des altérations tissulaires post-radiques.

Résumons cette observation : il s'agissait d'un cancer malpighien, de stade III, découvert dans les suites d'un avortement. Une curiethérapie (8.400 mgh) suivie d'une cobaltothérapie (6.000 rads tumeur) associée à une chimiothérapie (Endoxan) donna une guérison apparente.

12 mois plus tard, l'apparition d'une rectite intense, avec ulcération vaginale profonde et blocage pelvien total avec anurie imposa une exérèse après dérivation bilatérale.

En résumé on retrouve :

-4 décès post-opératoires précoces, et 1 décès dans les suites d'une ré-intervention (obs.9)

-7 survies de 5 à 32 mois, 18 mois en moyenne.

IV - EVOLUTION ULTERIEURE

- 2 cobaltothérapies furent pratiquées chez des malades n'ayant eu qu'une curiethérapie lors du traitement initial (obs. 18) ou non irradiée (obs. 7) : survies de 28 et 32 mois.

- 3 iléo-cystoplasties furent faites secondairement :

. Obs. 9, une intervention de Bricker fut faite 3 mois après une exentération antérieure (cobaltothérapie initiale). Un syndrome occlusif avec troubles hydro-électrolytiques important imposa une ré-intervention le 6è jour : décès post-opératoire.

. Obs. 10, l'intervention de Bricker faite 2 mois 1/2 après l'exérèse fut très difficile. Une reprise évolutive entraîna une occlusion 1 mois plus tard : décès post-opératoire.

. Obs. 12, une urétéro-iléo-cystoplastie fut faite 5 mois après l'exérèse d'une récurrence d'une tumeur de la granulosa. Ultérieurement, 1 colpo-cleisis pour fistule vésicale fut un échec : survie de 13 mois.

Actuellement, nous avons de moins en moins tendance à proposer ces interventions chez des malades poly-opérées et irradiées.

- Enfin une pyo-néphrose imposa une néphrectomie 7 mois après l'exérèse. Recul actuel de 10 mois sans récurrence.

Ces résultats ne sont guère encourageants, mais que proposer à ces malades récusées par tous, insensibles à la chimiothérapie comme à l'hormonothérapie ?

A D D I T I F

Nous allons étudier 2 observations de cancers extra génitaux dont l'exérèse utilisa la technique de cellulectomie totale.

En effet cette technique fut presque toujours utilisée pour l'exérèse de très gros cancers à point de départ utérins.

Cependant elle peut s'appliquer tout autant aux exérèses pelviennes étendues quelque'en soit la raison, dès que les difficultés de dissection latérales compliquent dangereusement une intervention réalisée dans des conditions techniques inhabituelles.

Obs. 19 Une tumeur de la région rétro-crurale droite, très volumineuse, comprimant le plexus sacré et refoulant l'uretère, fut opérée. L'exérèse nécessita une résection partielle du muscle psoas et de l'aile iliaque. La cellulectomie permit de dégager le plexus sacré.

Les suites opératoires furent simples. Secondairement une irradiation externe n'empêcha pas la récurrence de ce cancer de structure indifférenciée. Survie de 22 mois.

Obs. 20 Une polyposse maligne récidivante de la vessie opérée à 3 reprises (cystectomie partielle, iléo-cystoplastie puis intervention de Coffey) fut opérée : cystectomie totale avec cellulectomie totale : Survie de 10 mois.

O B S E R V A T I O N S

CARCINOMES UTERINS DE STADE PEU AVANCE

Obs. 1 - DUC. 42 ans - 3 grossesses

- Carcinome malpighien spino-cellulaire révélé par des métrorragies depuis 2 mois.
- Examen clinique initial : très gros bourgeon cervical atteignant le cul de sac vaginal et infiltrant les ligaments utéro-sacrés dans leur portion juxta-utérine. Biopsie : épi malpighien peu différencié, stroma : réaction très inflammatoire.
- Cellulectomie totale bilatérale (5H - 2.000 cc)
- Pièce opératoire : A + B + C
- Suites opératoires : simples (retard du transit, discrète infection urinaire)
- Roentgen-thérapie secondaire (15.000 rads sur 5 champs)
- 4 ans plus tard, apparition d'un HTA, et découverte d'une exclusion rénale gauche sans insuffisance rénale. U. P. R. : sténose urétérale gauche totale. L'urétéro-néostomie proposée est refusée.
- 13 ans plus tard : malade en vie, se soignant de façon intermittente.

Obs. 2 - DES. 48 ans -

- Carcinome malpighien baso-cellulaire endocervical invasif révélé par des métrorragies depuis 3 mois, de stade I.
- Cellulectomie totale bilatérale (2.800 cc, 7 h.)
- Suites opératoires simples. Infection urinaire à colibacilles.
- Pièce opératoire : A.
- 10 mois plus tard : sténose urétérale droite avec exclusion rénale. Urétéro-iléo-cysto- plastie : pas de récupération fonctionnelle rénale.

- 2 ans après : lithiase vésicale (lithotritie), incontinence nocturne, parésie ano-rectale, sclérose pelvienne assez dure.
- 13 ans plus tard : état général correct, fonction rénale satisfaisante.

Obs. 3 - OLI. 60 ans

- Carcinome malpighien anaplasique très actif, révélé par des métrorragies depuis 2 mois, de stade II, envahissant la totalité du col, des culs de sac vaginaux et infiltrant le paramètre gauche juxta-utérin.
- Urographie normale.
- Cellulectomie totale bilatérale (2.300 cc - 6H 30)
- Pièce opératoire : A + B
- Suites opératoires assez simples (azotémie et anémie passagères).
- 1 an après l'exérèse : incontinence orthostatique à l'effort et nocturne, résidu vésical, infection urinaire répétée.
- 12 ans après : persistance des mêmes troubles vésicaux.

Obs. 4 - QUI. - 30 ans

- Carcinome baso-cellulaire invasif, très actif, avec très faible réaction du stroma, révélé par des métrorragies et des lombalgies depuis 4 mois, de stade II fort (paramètres largement infiltrés sans atteinte pariétale), avec anémie et compression urétérale gauche.
- Cellulectomie totale bilatérale d'emblée, simple (1.100 cc, 7 H) avec résection urétérale gauche et ré-implantation immédiate.
- Pièce opératoire : A + C (droit et gauche), D (chaines droites et gauches), E (paroi urétérale).
- Suites opératoires : difficiles, fébriles, avec infection urinaire, fistule vésico-vaginale précoce (15^e jour)

et poursuite évolutive.

- Décès 3 mois plus tard.

Obs. 5 - ALL. - 63 ans

- Carcinome malpighien baso-cellulaire invasif révélé par des métrorragies, de stade II (très gros col avec infiltration paramétriale gauche) sans retentissement rénal.
- Curiethérapie préalable (8.640mgh) détergeant incomplètement le col. (Colpostat et sonde utérine en 1 temps).
- Cellulectomie bilatérale totale (6 H - 3.000 cc).
- Pièce opératoire : A (6 semaines après la curiethérapie).
- Suites opératoires simples : petite dilatation urétérale gauche régressant en quelques mois.
- Fistule urétéro-vésico-vaginale gauche, discrète fistule recto-vaginale, lymphocèle droite 4 mois plus tard. Cure de fistule 1 an après avec succès.
- Décès 3 ans plus tard. (Thrombose artérielle aigue du membre inférieur droit).

Obs. 6 - GOU. - 56 ans - 1 grossesse

- Carcinome baso-cellulaire invasif sur col restant (hystérectomie sub-totale 12 ans auparavant pour fibromyomes), de stade II, sans retentissement urinaire.
- Cellulectomie totale droite (envahissement paramétrial et lymphatique à l'examen histologique extemporané. Grand Wertheim gauche. Résection et ré-implantation urétérale droite.
- Pièce opératoire A. B. C. D. (chaines droite et gauche ganglion du promontoire).
- Suites opératoires simples.
- Cobaltothérapie secondaire (sur les chaines iliaques et lombaires). Petite dilatation pyélo-urétérale droite

spontanément régressive.

- 6 ans plus tard : va bien, pas de troubles urinaires. Cystoscopie quasi normale, urographie normale.

Obs. 7 - SAL. - 36 ans - 5 grossesses.

- Carcinome malpighien anaplasique actif, invasif, avec stroma réaction très inflammatoire, révélé par des métrorragies depuis 6 mois.
- Stade II fort (tumeur envahissant le col, les culs de sac vaginaux, le paramètre gauche), sans retentissement urinaire.
- Curiethérapie préalable (sonde et colpostat, en 2 temps : 7.850 mgh) apportant peu d'amélioration clinique. Pyométrie secondaire.
- Chirurgie d'exérèse 4 mois plus tard.
- Cellulectomie totale gauche imposée par des difficultés d'hémostase veineuse. Grand Wertheim droit conservant l'artère ombilicale. Résection ré-implantation urétérale gauche (3.200 cc - 5 H).
- Pièce opératoire : A. B.
- Suites opératoires assez simples hormis une fistule urétéro-vaginale gauche précoce, imposant une ré-implantation 6 semaines plus tard. Suites éloignées simples (infection urinaire).
- Recul de 6 ans sans récurrence.

Obs. 8 - CAR. - 46 ans - 1 grossesse

- Carcinome baso-cellulaire invasif, très actif, révélé par des métrorragies depuis 3 mois, de stade II faible, sans retentissement urinaire.
- Curiethérapie préalable en 2 temps : (6.240 mgh) et 6 semaines après.

- Cellulectomie totale gauche pour envahissement lymphatique (ganglion obturateur). Grand Wertheim droit (1.600 cc 4 h).

- Pièce opératoire : D (ganglion obturateur).

Col stérilisé par le radium.

- Suites opératoires simples.

- Cobaltothérapie secondaire, sur les chaînes ganglionnaires (mal tolérée, avec retentissement fonctionnel et nécrose de la muqueuse vésicale).

Infection urinaire, azotémie et anémie secondaire, sténose fonctionnelle droite imposant 6 mois après l'exérèse une :

Urétéro-iléo-néo-cystostomie bilatérale.

- Suites marquées par une septicémie à gram négatif et une anémie sévère. Ultérieurement bon aspect sécrétoire et fonctionnement vésical satisfaisant, les infections urinaires restant fréquentes.

- Recul actuel de 2 ans, sans signe de récidive.

CARCINOMES UTERINS DE STADE III

Obs. 1 - BAL. - 58 ans - 1 grossesse

- Carcinome malpighien spino-cellulaire très actif révélé par des métrorragies, à 3 reprises en 3 abs.
- Examen clinique initial : tumeur ulcéro-bourgeonnante cervicale, avec infiltration latérale gauche atteignant la paroi et sténose urétérale gauche avec dilatation sus-jacente.
- Cellulectomie gauche avec résection urétérale et ré-implantation immédiate. Exérèse très large à droite, en dedans du plan veineux, hémorragique (drain de Miculicz).
- Pièce opératoire : A. B. C. D. (ganglion obturateur gauche).
- Suites opératoires satisfaisantes, malgré le drain de Miculicz. Incontinence d'urine partielle et anémie durable.
- Roentgen-thérapie complémentaire, pelvienne et latéro-vertébrale (ganglions suspects per-opératoirement)
Tardivement, persistance d'un écoulement vaginal (fistule ou lymphorée? Urographie et cystoscopie 2 ans après l'exérèse sub-normale.
- Décès 4 ans après l'exérèse, de récidence locale et métastatique.

Obs. 2 - QUI. - 39 ans - 4 grossesses

- Carcinome malpighien spino-cellulaire très actif révélé par des métrorragies depuis 2 mois;
- Examen clinique : tumeur ulcéro-bourgeonnante, avec infiltration atteignant la paroi, sténose urétérale droite et anémie franche.

- Cellulectomie bilatérale avec résection urétérale droite (ré-implantation immédiate).
- Pièce opératoire : A. B.
- Suites opératoires très simples, à peine marquées par une infection urinaire et des troubles de la miction, qui vont persister.
- Récidive 2 ans plus tard, vaginale, avec fistule recto-vaginale. Chimiothérapie sans succès.
- Décès après 2 ans 1/2 d'évolution.

Obs. 3 - ASC. - 39 ans - 1 grossesse

- Carcinome malpighien spino-cellulaire sur col restant, révélé par des métrorragies depuis 2 ans.
- Examen initial : gros col avec infiltration totale du paramètre droit, dilatation pyélo-urétérale droite.
- Cellulectomie totale bilatérale avec colpectomie très large, et résection sous muqueuse de la région trigonale.
- Pièce opératoire : A. B. C.
- Suites opératoires : simples, hormis une infection urinaire droite et une phlébite de la jambe droite (ou lymphoedème?) et secondairement une fistule urétéro-vaginale tarie spontanément.
- Tardivement on note une dilatation pyélo-urétérale bilatérale avec aspect fonctionnel correct; cette dilatation va regresser progressivement en 8 ans, presque totalement d'un côté; le cathétérisme urétéral étant possible facilement. En outre, fibro-pelvis progressif avec sténose rectale et troubles de la miction (énervation vésicale).
- Récidive de 10 ans sans récidive.

Obs. 4 - EVE. - 41 ans - 1 grossesse

- Carcinome malpighien spino-cellulaire révélé par des métrorragies, infiltrant et très actif.
- Examen clinique : tumeur cervicale ulcéro-bourgeonnante, avec infiltration latérale atteignant la paroi et fixité absolue de l'utérus. Anémie franche, cystoscopie peu modifiée.
- Curiethérapie initiale en 1 temps, utérine et vaginale. (10.800 mgh) = 50 mgr pendant 9 jours.
- Cellulectomie totale 6 semaines après.
- Pièce opératoire : plaques épidermoïdes en cytolyse avec altérations cellulaires post-radiques, infiltrant profondément le col.
- Suites opératoires immédiates simples (retard de reprise du transit et infection urinaire).
Secondairement, dilatation urétéro-pyélique bilatérale ne régressant pas par drainage urétéral.
- Urétéro-iléocystoplastie droite 3 mois plus tard.
- Urétéro-cysto-néostomie gauche 7 mois après l'exérèse.
- L'évolution lointaine est marquée par des infections urinaires récidivantes, des troubles de la miction, une lithiase vésicale et rénale droite, enfin l'apparition d'un fibro-pelvis avec sténose rectale.
- Recul de 10 ans sans récurrence, mais le retentissement fonctionnel rénal est préoccupant.

Obs. 5 - SCH. - 44 ans - 2 grossesses

- Carcinome malpighien baso-cellulaire révélé par des métrorragies depuis 3 mois (en cours de traitement par androgènes).
- Examen clinique : tumeur cervico-vaginale bourgeonnante et infiltrant le paramètre gauche en totalité, sans

modifications urographiques. Anémie franche.

- Curiethérapie préalable en 2 temps, vaginale et utérine (9.450 mgh).
- Cellulectomie totale bilatérale 8 semaines après, avec colpectomie sub-totale, lymphadénectomie bilatérale (5.000 cc - 7 H)
- Pièce opératoire : A. B. C. D. (ganglions iliaques droits et gauches).
- Suites opératoires assez simples.
- Cobaltothérapie secondaire.
- Recul de 6 ans sans signe de récurrence
- Activité normale.

Obs. 6 - KER - 52 ans

- Carcinome malpighien baso-cellulaire révélé par des métrorragies et des douleurs pelviennes depuis 2 mois.
 - Examen clinique : tumeur ulcéro-végétante envahissant la moitié supérieure du vagin, refoulant le rectum, et infiltrant les 2 paramètres, à droite totalement.
- Urographie et cystoscopie normales.
- Curiethérapie préalable en 2 temps, utérine et vaginale (9. 360 mgh).
 - Lymphadéno-colpo-hystérectomie totale avec Cellulectomie totale droite (1.600 cc - 6 H).
 - Pièce opératoire : paramètre droit envahi; col stérilisé
 - Suites opératoires simples (énervation vésicale).
 - Evolution ultérieure : troubles mictionnels persistants
 - sténose rectale avec constipation.
- Urographie normale.
- Recul de 6 ans sans récurrence.

Obs. 7 - DEL. - 66 ans - 4 grossesses

- Carcinome malpighien baso-cellulaire révélé par des métrorragies depuis 3 mois.
 - Examen initial : tumeur cervicale ulcéro-végétante avec infiltration totale à gauche, oedème du trigone en cystoscopie. Urographie normale.
 - Curiethérapie préalable en 2 temps, utérine et vaginale (9.360 mgh) apportant une amélioration clinique.
 - Cellulectomie totale gauche avec colpo-hystérectomie totale droite et lymphadénectomie (4.000 cc - 6 H 30).
 - Pièce opératoire : col stérilisé.
- Bas d'envahissement ganglionnaire.
- Suites opératoires simples. Importante dilatation urétéro pyélique précoce. Syndrome d'énervation vésicale avec incontinence partielle et résidu.
 - Recul de 6 ans sans récurrence : dilatation des voies excrétrices persistante avec infection urinaire fréquente.

Obs. 8 - SZT. - 63 ans - 3 grossesses

- Carcinome malpighien spino-cellulaire révélé par des métrorragies depuis 1 mois. Examen initial stade III sans retentissement urinaire (anomalie congénitale)
 - Curiethérapie vaginale préalable : 4.300 mgh.
 - 2 mois plus tard : grosse tumeur cervico-vaginale avec nodule sur le 1/3 inférieur du vagin.
- Infiltration totale du paramètre gauche.
- Cellulectomie totale gauche avec exérèse très large à droite et colpectomie totale (6.800 cc - 8 H)
 - Plaie de la veine ischiatique.
 - Pièce opératoire : A. B. C. D. (tous les ganglions)
 - Suites opératoires difficiles : sub-occlusion précoce, infection urinaire, fistule vésico-vaginale au 12^e jour. Anémie franche.

- Cure de fistule vésicale 3 mois plus tard : échec.
- Occlusion secondaire par volvulus du grêle.
- Récidive locale au niveau de la fistule vésico-vaginale 8 mois après l'exérèse.
- Urétérostomie cutanée bilatérale.
- Décès par poursuite évolutive 22 mois après le dépistage.

Obs. 9 - BON. - 49 ans - 4 grossesses

- Carcinome malpighien spino-cellulaire révélé par des lombalgies depuis 1 an.
- Examen clinique : tumeur cervico-vaginale végétante infiltrant le paramètre gauche en totalité. Dilatation urétéro-pyélique gauche, oedème du trigone. Anémie nette.
- Cobaltothérapie rapidement interrompue (douleurs lombaires intenses). Urétérostomie cutanée gauche et curiethérapie en 1 temps (utérine et vaginale).
(8.500 mgh) amélioration clinique et cytologique.
- Cellulectomie gauche avec colpectomie des 2/3 et résection urétérale gauche avec réimplantation immédiate
(4.500 cc - 6 H)
- Pièce opératoire : quelques foyers cancéreux actifs persistants sur le col.
- Suites opératoires : sub-fébriles. Lymphorée durable.
- Urétéro-cysto-néostomie 10 semaines après.
- Evolution lointaine : éventration sous ombilicale.
Fracture du col du fémur 3 ans après.
- Recul de 6 ans, sans signe de récidence.
Activité normale.

Obs. 10 - FOU. - 39 ans - 1 grossesse

- Carcinome malpighien baso-cellulaire à tendance cylindroïde, révélé par des métrorragies depuis 1 mois, de stade II fort ou III (infiltration néoplasique ou inflammatoire).

- Curiethérapie initiale en 3 temps (colpostat - Bouchon - sonde) 7.860 mgh.
- Aggravation clinique 2 mois plus tard : extension sur la 1/2 supérieure du vagin, infiltration latérale droite atteignant la paroi, urographie normale. Anémie nette.
- Cellulectomie droite , grand Wertheim à gauche, colpectomie sub-totale. Résection et ré-implantation urétérale droite (2.000 cc - 7 h)
- Pièce opératoire A. B. C. E. (uretère paravésical).
- Suites opératoires immédiates assez bonnes; fistule vésico-vaginale à la 3^e semaine.
- Urétérostomie cutanée bilatérale 3 mois après l'exérèse pour fistule vésicale néoplasique, dilatation urétéro-pyélique bilatérale.
- Décès 8 mois après le diagnostic.

Obs. 11 - VAC. - 46 ans

- Carcinome cylindrique endo-cervical sur col restant révélé par une sténose urétérale bilatérale avec dilatation urétéro-pyélique puis mutisme rénal droit.
- Examen clinique : cancer infiltrant les 2 paramètres en totalité, avec sur-élévation trigonale.
- Anémie franche.
- Urétérostomie cutanée bilatérale suivie de Cobaltothérapie (4.500 rads pelvis) et Curiethérapie vaginale (3.600 mgh). 4 mois après le début du traitement : pas de modifications cliniques, mais stérilisation cytologique.
- Cellulectomie totale bilatérale difficile (7.500 cc 7 H) (plaie de la veine iliaque gauche) Résection urétérale.
- Pièce opératoire : C. Nodule épiploïque.
- Suites opératoires : fébriles (infection urinaire, pelvienne).

- Décès par hémorragie pelvienne au 20^e jour.
- Autopsie : ulcération nécrotique de la veine iliaque droite.

Obs. 12 - WAL. - 59 ans

- Carcinome malpighien spino-cellulaire révélé par des métrorragies depuis quelques mois.
- Examen clinique : tumeur cervicale ulcéro-végétante infiltrant tout le paramètre gauche; urographie et cystoscopie normales.
- Curiethérapie préalable (utérine et vaginale) en 1 temps : 8.000 mgh. Dilatation urétérale gauche secondaire.
- Cellulectomie gauche avec résection et réimplantation urétérale gauche, grand Wertheim droit, 6 semaines après.
- Pièce opératoire : A. B. C. E. (uretère et région paravésicale).
- Suites opératoires simples.
- Cobaltothérapie secondaire.
- Urétérolyse droite 18 mois plus tard pour dilatation pyélo-urétérale avec sténoses étagées.
- Intervention exploratrice pour sténose de la veine iliaque primitive gauche et oedème du membre inférieur considérable. 4 ans après l'exérèse.
- Recul de 4 ans sans signes de récurrence.

Obs. 13 - MAJ. - 65 ans

- Carcinome malpighien baso-cellulaire révélé par des lombalgies.
- Examen initial : grosse tumeur cervicale avec atteinte totale du paramètre droit. Urographie et cystoscopie normales.
- Cellulectomie droite et grand Wertheim gauche d'emblée (pyométrie). Fermeture d'une fistule recto-vaginale ancienne. Colpectomie des 2/3, (1.000 cc - 4 H 30).

- Pièce opératoire : A. B. C. (paramètres droit et gauche, trompes), D (chaines droites et gauches).
- Suites opératoires : embolie pulmonaire mortelle le 4^e jour. (Autopsie).

Obs. 14 - VIS. - 59 ans - 2 grossesses

- Carcinome malpighien peu différencié révélé par des métrorragies depuis 2 mois.
- Examen clinique : tumeur végétante cervico-vaginale infiltrant en totalité le paramètre droit. Urographie et cystoscopie sub-normales.
- Curiethérapie en 1 temps, utéro-vaginale : 6.730 mgh (amélioration clinique et cytologique) suivie 7 semaines après d'une colpo-hystérectomie élargie avec cellulectomie totale droite et lymphadénectomie bilatérale (2.000 cc, 4 H 30).
- Pièce opératoire : cellules tumorales en voie de cytolyse sur le col.
- Suites opératoires : compliquées par 2 hémorragies pelviennes graves, imposant des réinterventions pour hémostase. Hépatite virale 3 mois après.
- Evolution secondaire : troubles de la miction avec résidu vésical et incontinence partielle. Dilatation urétérale droite modérée. Amélioration progressive. Recul de 4 ans sans signes de récidence.

Obs. 15 - LEL. - 51 ans - 3 grossesses

- Carcinome baso-cellulaire révélé par des métrorragies depuis 8 mois.
- Examen clinique : tumeur cervicale végétante et infiltrante envahissant les 2 paramètres largement, de stade II fort. Urographie et cystoscopie quasi normale.

- Curiethérapie vaginale préalable 5.040 mgh, suivie de Cobaltothérapie 5.500 rads/pelvis (étalés sur 3 mois), puis de Curiethérapie utérine (4.320 mgh). Aggravation clinique et persistance d'éléments cancéreux actifs sur le col, six mois après le diagnostic.
- Colpohystérectomie élargie avec lymphadénectomie. Cellulectomie bilatérale et résection urétéro-trigonale avec urétérostomie cutanée bilatérale, pour envahissement vésical opératoire. (3.600 cc - 7 H).
- Pièce opératoire : A. B. C. E. (trigone) Carcinome très actifs.
- Suites opératoires difficiles, compliquées par un ictère infectieux, une sub-occlusion, une anémie durable. Fistule colo-pariétale 1 mois après. Colostomie gauche 2 mois après l'exérèse.
- Décès par poursuite évolutive 15 mois après le diagnostic

Obs. 16 - TUR. - 32 ans

- Carcinome baso-cellulaire très actif révélé par des lombalgies et des métrorragies depuis 1 mois.
- Examen clinique : tumeur cervico-vaginale végétante, avec infiltration nodulaire des paramètres. Anémie nette. Urographie normale.
- Cobaltothérapie initiale (4.000 rads/pelvis) étalés sur 2 mois interrompue par un épisode infectieux et hémorragique. Aggravation clinique et urographique (dilatation urétérale droite) avec atteinte du 1/3 inférieur du vagin et infiltration latérale totale.
- Cellulectomie totale droite avec grand Wertheim gauche, résection urétérale droite et réimplantation immédiate. (2.350 cc - 7 H) - Exérèse 3 mois après le début de l'irradiation.
- Pièce opératoire : A. B. C. D. E. (uretère).

- Suites opératoires difficiles, ictère post-opératoire sub-occlusion fébrile avec abcès pelvien, imposant une réintervention 15 jours après l'exérèse. Infection urinaire et fistule vésico-vaginale secondaire; incontinence urinaire et rectale. Poursuite évolutive.
- Décès 8 mois après le diagnostic.

Obs. 17 - MAU. - 51 ans - 2 grossesses

- Carcinome malpighien baso-cellulaire révélé par des métrorragies depuis 6 mois.
- Examen initial : tumeur ulcéro-végétante cervico-vaginale, atteignant le 1/3 inférieur du vagin et infiltrant totalement le paramètre droit. Dilatation pyélo-calicielle droite et oedème trigonal en cystoscopie. Azotémie normale.
- Curiethérapie préalable en 1 temps (utérine et vaginale) 8.400 mgh. (frottis après radium cytolyse).
- Accentuation des images de dilatation à l'urographie.
- Colpo-hystérectomie élargie avec cellulectomie totale droite, clivage classique à gauche assez hémorragique (2.100 cc - 5 H 30). 6 semaines après Radium.
- Pièce opératoire : A. C. (paramètres droit et gauche).
- Suites opératoires assez simples. Dilatation urétéropyélique bilatérale. Infection urinaire et troubles de la miction.
- Cobaltothérapie post-opératoire (5.500 rads/pelvis) étalée sur 3 mois.
- L'évolution secondaire est compliquée par une métastase vertébrale avec tassement et sciatique paralysante, et une généralisation rapide..
- Décès 14 mois après le diagnostic.

Obs. 18 - ZEL. - 58 ans - 4 grossesses

- Carcinome malpighien baso-cellulaire révélé par des métrorragies depuis 8 mois.
- Examen initial : tumeur ulcéro-végétante cervico-vaginale infiltrant en totalité le paramètre droit. Urographie et cystoscopie normale. Anémie franche.
- Cobaltothérapie initiale (5.500 rads/pelvis) étalée sur 3 mois. Amélioration clinique franche de l'infiltration, mais l'envahissement vésical est suspecté par l'urocytogramme.
- Colpohystérectomie élargie avec cellulectomie totale droite, Wertheim gauche, résection et réimplantation urétérale droite (4.000 cc - 7 H 30). Exérèse 4 mois après le diagnostic.
- Pièce opératoire : A. B. C.
- Suites opératoires : septicémie à staphylocoque au 7^e jour. Fistules urétéro-vaginale et vésico-pariétale précoces. Abscès pelvien. Anémie sévère.
- Urétérostomie cutanée transiléale 7 semaines après.
- Décès 1 mois plus tard. Azotémie fébrile. Survie totale de 7 mois depuis le diagnostic.

Obs. 19 - REA.-45 ans - 5 grossesses

- Carcinome baso-cellulaire révélé par des métrorragies. Curiothérapie initiale en 1 temps (utérin et vaginal) 7.630 mgh.
- Examen clinique : tumeur ulcéro-végétante cervicale, infiltrant le paramètre gauche. Dilatation urétéro pyélique droite. Cystoscopie normale. Anémie franche 2 mois après; Colpo-hystérectomie élargie avec cellulectomie totale bilatérale et résection urétéro-trigonale. Urétérostomie cutanée bilatérale.

- Pièce opératoire : cellules en cytolyse sur le col, actives sur le paramètre droit.
 - Suites opératoires : compliquées par l'infection urinaire et une lymphorée importante.
- Dilatation pyélo-urétérale bilatérale secondaire.
- Récidive ultérieure, avec décès 12 mois après le diagnostic.

Obs. 20 - VIL. - 65 ans - 5 grossesses

- Carcinome malpighien baso-cellulaire révélé par des métrorragies depuis 6 mois.
 - Examen clinique initial : tumeur ulcère-végétante cervico-vaginale infiltrant en totalité le paramètre gauche, en partie le paramètre droit.
- Urographie et cystoscopie normales.
- Curiothérapie préalable, utérine et vaginale: 5.040 mgh; sans amélioration clinique ni cytologique 6 semaines après.
 - Colpo-hystérectomie élargie avec cellulectomie totale gauche et résection réimplantation urétérale bilatérale (6 H - 2.500 cc)
 - Pièce opératoire : C. D.
 - Suites opératoires : compliquées par une fistule vésico-vaginale précoce, avec dilatation urétéro-pyélique bilatérale. Fistule néoplasique, imposant 6 semaines après une urétérostomie cutanée bilatérale.
 - Décès par embolie pulmonaire 6 jours plus tard.

Obs. 21 - DEU. - 50 ans - 3 grossesses

- Carcinome malpighien baso-cellulaire actif, révélé par des métrorragies et des lombalgies droites depuis 2 mois.
- Examen clinique : tumeur végétante cervico-vaginale (2/3 supérieur) infiltrant le paramètre droit totalement

Dilatation urétéro-pyélique droite. Cystoscopie normale.

- Cobaltothérapie initiale (4.500 rads/pelvis en 10 semaines). Aggravation clinique et surtout urographique, biopsie restant positive.

- Curiethérapie complémentaire utérine et vaginale : 3.240 mgh.

- Colpo-hystérectomie élargie (4 mois après le diagnostic) avec cellulectomie totale droite. Résection et réimplantation urétérale droite (2.400 cc, 5 H 30).

- Pièce opératoire : A. B. C. (droit et gauche) E(uretère droit).

- Suites opératoires : compliquées par une infection urinaire sévère, une anémie durable; urographie secondaire, mutisme rénal droit, dilatation urétérale gauche. Urétérostomie cutanée droite 7 semaines après l'exérèse. Récidive pelvienne, avec englobement des gros vaisseaux. (plaie artérielle).

- Décès par collapsus post-opératoire;

Obs. 22 - LIN. - 49 ans - 9 grossesses

- Carcinome malpighien baso-cellulaire actif révélé par des métrorragies et des lombalgies droites depuis 6 mois.

- Examen initial : tumeur ulcero-végétante cervico-vaginale avec infiltration massive du paramètre droit en totalité.

Urographie : dilatation droite avec quasi mutité.

Cystoscopie et rectoscopie : normales.

- Pyélostomie droite préalable avec curiethérapie utérine et vaginale (en 1 temps) : 8.640 mgh. Réaction fébrile et anémie sévère.

- Cellulectomie totale bilatérale (2 mois 1/2 après la pyélostomie) avec résection urétérale droite et cystectomie partielle droite. Colpectomie totale. Hémorragie d'une veine sacrée à gauche (6.000 cc; 8 H 30).

- Pièce opératoire : A. C. (ovaire droit), E (vessie - uretère droit).
- Suites opératoires : difficiles, avec azotémie progressive et fébrile.
- Décès 3 semaines après l'exérèse.
- Autopsie : atrophie rénale droite, hydronéphrose gauche.

Obs. 23 - PAT. - 44 ans - 6 grossesses

- Carcinome malpighien baso-cellulaire révélé par des métrorragies depuis 2 ans.
- Examen initial : tumeur végétante cervicale infiltrant en totalité le paramètre gauche; dilatation urétérale gauche. Cystoscopie normale. Refoulement rectal en rectoscopie sans envahissement.
- Anémie franche.
- Curiothérapie préalable utérine et vaginale, en 2 temps : 6.700 mgh. Pas de changement clinique, cytologie normale.
- Celpe-hystérectomie élargie avec cellulectomie totale gauche, résection et réimplantation urétérale gauche (3.800 cc - 4 H 30).
- Pièce opératoire : A. B. C. D. (6 semaines après)
Envahissement massif.
- Suites opératoires simples.
- Cobaltothérapie secondaire, étalée sur 2 mois.
- Récidive pelvienne et rectale 4 mois après l'exérèse, évolutive.
- Décès 11 mois après le diagnostic.

Obs. 24 - BLA. - 56 ans - 3 grossesses

- Carcinome malpighien baso-cellulaire révélé par des métrorragies.
- Examen initial : tumeur ulcéro-végétante cervico-vaginale infiltrant le paramètre gauche totalement.
- Urographie : discrète sténose urétérale basse.
- Cystoscopie : oedème trigonal sans invasion.
- Uro cytogramme négatif.
- Curiethérapie préalable en 1 temps (utérine et vaginale 10.000 mgh. Stérilisation cytologique.
- Cellulectomie totale bilatérale 4 semaines plus tard avec résection bilatérale des uretères (sclérose et extension néoplasique) et urétérostomie cutanée bilatérale. (2.000 cc) (plaie vésicale).
- Pièce opératoire : D (ganglions de la bifurcation aortique, obturateur, hypogastrique).
- Suites opératoires assez simples. Infection urinaire.
- Cobaltothérapie secondaire (étalée sur 2 mois 1/2)
- Urétéro-entéro-cystoplastie 7 mois après l'exérèse.
- Aucun signe de récurrence. Suites opératoires simples.
- Recul de 8 mois depuis le diagnostic sans récurrence

OBSERVATIONS DES CARCINOMES UTERINS AVEC INVASION

VISCERALE MAJEURE (STADE IV)

Obs. 1 - GAR. - 48 ans - 1 grossesse

- Carcinome malpighien spino-cellulaire avec stroma réaction inflammatoire, révélé par des métrorragies de stade III - IV avec oedème polypoïde du trigone et mutité rénale gauche.
- Roentgen-thérapie préalable suivie d'une curiethérapie interrompue par une réaction pelvienne ~~th~~ rîle.
- Après irradiation, l'état clinique apparaît inchangé : extension latérale atteignant la paroi des 2 cotés, envahissement vésical probable (petite vessie) anémie sévère, azotémie à 2,50 g O/00. Exérèse 4 mois après le diagnostic.
- Exéctération antérieure conservant la paroi antérieure de la vessie, cellulectomie totale bilatérale; iléo-cystoplastie immédiate avec réimplantation urétérale trans-iléale. (3.400 cc - 10 H).
- pièce opératoire : A. B. C. E. (Uretère et trigone).
- Suites opératoires : insuffisance rénale progressive avec décès au 9^e jour.

Obs. 2 - JEU. - 57 ans - 1 grossesse

- Carcinome spino-cellulaire révélé par des métrorragies et des lombalgies, de stade IV, (envahissement trigonal), urographie normale, pas d'anémie ni hyper-azotémie.
- Cellulectomie totale avec cystectomie totale, colpectomie totale et urétérostomie cutanée bilatérale (2.000 cc 7 H).
- Pièce opératoire : A. B. C. E. (uretère et trigone).

- Suites opératoires simples, avec fonctionnement urétéral satisfaisant.
- 2 mois après, intervention exploratrice en vue d'améliorer les dérivations urétérales. Micro abcès disséminés faisant renoncer à une plastie iléale.
- Reprise évolutive 9 mois après l'exérèse.
- Décès 3 mois plus tard, la survie globale depuis le diagnostic est de 13 mois.

Obs. 3 - CAR. - Pas de grossesse - 69 ans

- Carcinome cylindrique révélé par des métrorragies. L'examen initial montre un envahissement vaginal atteignant le 1/3 inférieur, latéralement les deux parois, en avant la vessie. L'urographie révèle une mutité rénale gauche, une dilatation pyelo-urétérale droite.
- Intervention de Bricker préalable, améliorant le fonctionnement rénal. Physio-thérapie secondaire.
- Pelvectomie totale 3 mois après la dérivation urinaire, avec oœlulectomie totale bilatérale (1.500 cc 4H 30).
- Décès post-opératoire précoce (3^e jour) avec collapsus et crises convulsives (oedème cérébral?).

Obs. 4 - DEJ. - 70 ans - 2 grossesses

- Carcinome spino-cellulaire révélé par des métrorragies. L'examen initial montre un envahissement du 1/3 inférieur du vagin, des paramètres et des utéro-sacrés, une invasion vésicale massive, rectale probable, à l'urographie une mutité rénale gauche, une dilatation urétéro-pyélisque droite.
- Pyélostomie bilatérale préalable, 15 jours avant la Pelvectomie totale avec cellulectomie totale (2.500 cc - 5 H 30).

- Pièce opératoire : A. B. C. (paramètre droit et gauche), E (vessie, uretère, rectum).
 - Suites opératoires relativement simples : anémie durable.
 - Ufétéro-colo-néostomie 11 semaines plus tard, utilisant le colon sigmoïde et colostomie gauche.
 - Roentgen thérapie 8 mois après l'exentération. (3.400 rads pelvis).
 - Décès par occlusion due à une récurrence pelvienne 30 mois après l'exérèse.
- Autopsie : envahissement ganglionnaire latéro-aortique.

Obs. 5 - SAA. - 55 ans, - 5 grossesses

- Carcinome baso-cellulaire actif, invasif, révélé par des métrorragies.
- L'examen initial montre un envahissement du 1/3 inférieur du vagin, d'un paramètre en totalité, un oedème polypoïde du trigone, une mutité rénale droite avec dilatation pyélo-urétérale gauche, anémie franche, azotémie sub-normale.
- Néphrostomie bilatérale préalable, suivie de curiethérapie vaginale (3.360 mgh)
- Exentération antérieure avec cellulectomie bilatérale 1 mois après, l'infiltration latérale oblige au sacrifice du nerf obturateur.
- Pièce opératoire : A. B. C. D. (2 ganglions)
- E (vessie)
- Décès post-opératoire (au 5^e jour) par collapsus avec diarrhée profuse et troubles hydro-électrolytiques majeurs.

Obs. 6 - SAD. - 57 ans - Pas de grossesse

- Carcinome malpighien baso-cellulaire invasif révélé par des métrorragies; l'examen initial montre une infiltration du 1/3 supérieur du vagin, des paramètres, de la vessie avec compression urétérale bilatérale.
- Néphrostomie bilatérale préalable, 3 mois plus tard;
- Pelvectomie antérieure avec cellulectomie totale et dérivation urétérale par Coffey (3.400 cc - 6 H 30)
- Pièce opératoire A. C. D. E. (vessie), F (anse grêle).
- Suites opératoires : occlusion post-opératoire au 7^e jour. Anurie fébrile secondaire et décès.

Obs. 7 - SEL. - 54 ans + 3 grossesses

- Carcinome baso-cellulaire révélé par des métrorragies. L'examen initial montre une infiltration paramétriale, un envahissement vésical.
- Curiethérapie complète : 9.600 mgh, apportant une détersion du col, mais aussi une extension de l'infiltration antérieure et latérale.
- Intervention de Bricker 2 mois après, montrant une très grosse tumeur avec atteinte de la vessie et du grêle.
- Exentération antérieure avec cellulectomie bilatérale très difficile, 4 mois après le diagnostic (4.000 cc - 8 H). Arrêt cardiaque avec massage direct.
- Pièce opératoire A. B. C. D. E. (vessie, colon).
- Décès le lendemain de l'intervention.

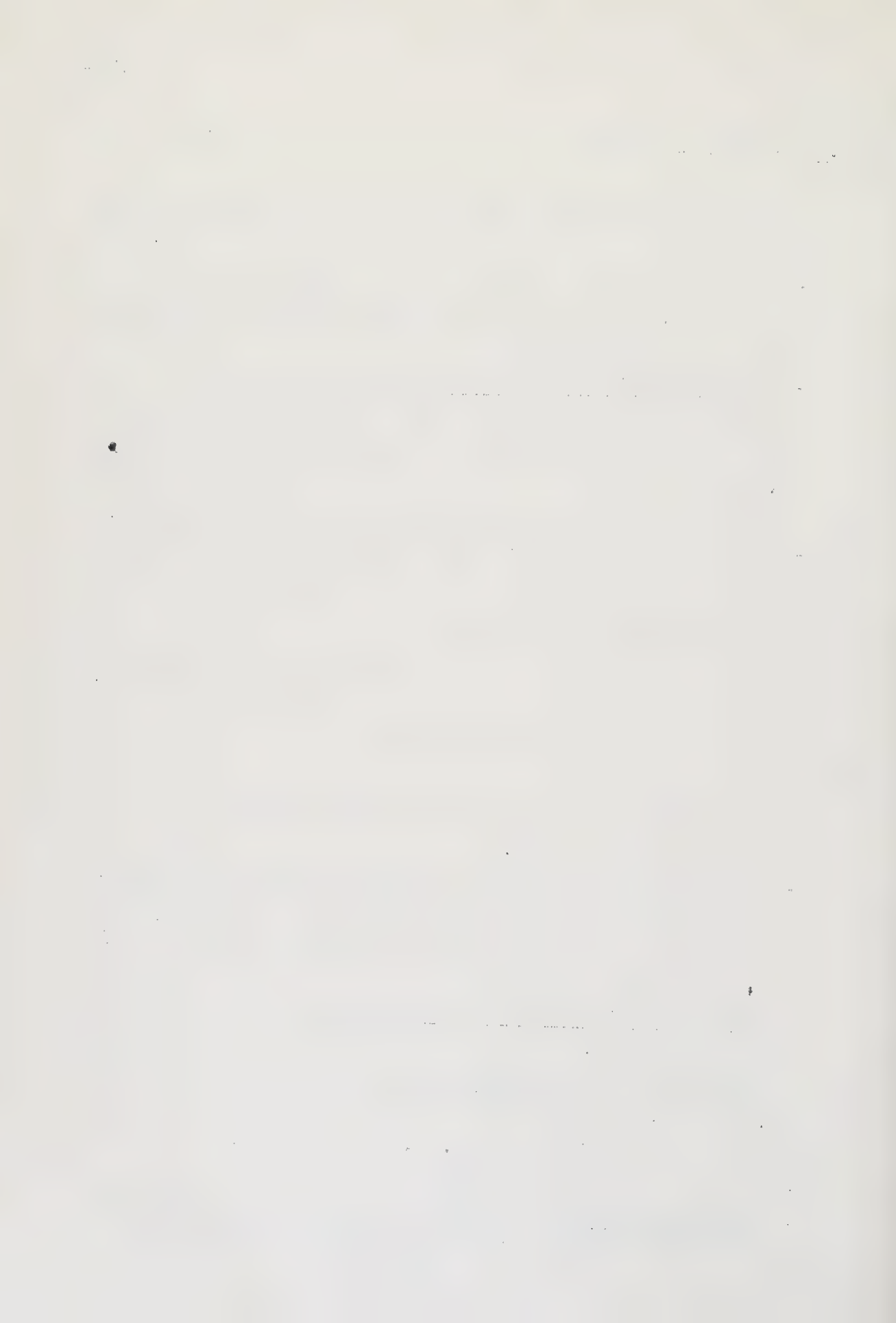


Obs. 8 - COR. - 64 ans

- Carcinome malpighien baso-cellulaire révélé par des métrorragies.
- Examen clinique initial : infiltration totale des paramètres, avec sténose urétérale droite et invasion vésicale en cystoscopie.
- Urétérostomie cutanée droite préalable.
- Exentération antérieure avec colpectomie totale, et cellulectomie bilatérale. Urétérostomie cutanée gauche (2.700 cc - 6 H)
- Pièce opératoire : A. B. C. E. (vessie, uretère).
- Suites opératoires : assez simples. Absès pelvien secondaire.
- Intervention de Bricker 2 mois après l'exérèse : suites simples.
- Décès par reprise évolutive 8 mois après l'exérèse.

Obs. 9 - VER. - 47 ans - 1 grossesse

- Carcinome cylindrique endo-cervical révélé par des coliques néphrétiques.
- Examen clinique initial : envahissement atteignant le 1/3 inférieur du vagin, les paramètres et utéro-sacrés en totalité, dilatation pyélo-urétérale avec azotémie à 3,5 g. Anémie sévère.
- Urétérostomie cutanée bilatérale préalable 6 semaines avant l'exérèse.
- Exentération antérieure avec cellulectomie bilatérale (2.600 cc - 4 H 30)
- Pièce opératoire : A. B. D. E. (vessie).
- Suites opératoires simples
- Cobaltothérapie secondaire 2 mois après l'exérèse.
- Décès par récidence 10 mois après le diagnostic.



Obs. 10 - CHM. - 30 ans - 3 grossesses

- Carcinome malpighien spino-cellulaire révélé par des métrorragies; stade initial probable II fort ou III.
Cobaltothérapie 4.000 rad. pelvis.
- 3 mois plus tard, très nette aggravation : envahissement atteignant le 1/3 inférieur du vagin, le paramètre gauche en totalité, très infiltrant, avec invasion vésicale (oedème polypoïde), anémie franche. Biopsie confirmant l'aspect très actif du carcinome.
- Radium vaginal : 2.000 mgh.
- Exentération antérieure 4 mois après le diagnostic.
- Cellulectomie gauche; urétérostomie droite. Néphrectomie gauche antérieure pour rein polykystique (1.500 cc - 5 H)
- Pièce opératoire : A. B. C. E. (vessie)
Invasion diffuse.
- Suites opératoires : fébriles, avec sub-occlusion, infection urinaire.
- Cobaltothérapie secondaire qui ne réussit pas à modifier l'évolution. Métastase vertébrale entraînant des douleurs intenses (intervention neuro-chirurgicale).
- Décès 13 mois après le diagnostic.

Obs. 11 - LES. 47 ans - 4 grossesses

- Carcinome malpighien baso-cellulaire révélé par des métrorragies.
- Examen initial : grosse tumeur infiltrant la paroi rectale, les paramètres en totalité, avec dilatation urétérale droite et mutisme rénal gauche.
- Urétérostomie gauche et criothérapie utéro-vaginale (8.640 mgh) préalable, sans amélioration clinique.
- Exentération totale avec cellulectomie bilatérale 2 mois plus tard. (6.000 cc - 6 H 30).

- Pièce opératoire A. B. C. D. E. (rectum, uretère) (diffusion cancéreuse importante).
- Suites opératoires difficiles, fébriles, avec ictère par hémolyse et fistule périnéale. Poursuite évolutive.
- Décès 3 mois après l'exérèse.

Obs. 12 - GIL. - 50 ans - 1 grossesse

- Carcinome épidermoïde révélé par des métrorragies.
 - Cobaltothérapie initiale, 5.000 rads pelvis.
- Aggravation clinique, urologique.
- Examen après irradiation : grosse tumeur à développement antéro-latéral, avec invasion vésicale, infiltration totale des paramètres, mutisme renal gauche et dilatation pyélique droite, anémie modérée, azotémie à 0,50 0/00
 - Pyëlostomie gauche associée à une curiethérapie vaginale (4.320 mgh) sous couvert d'antibiotiques et corticoïdes.
 - Exentération antérieure avec cellulectomie bilatérale, et urétérostomie cutanée droite (1.800 cc, 4 H 30'), 5 semaines après.
 - Pièce opératoire : A. B. C. D. E. (vessie)
 - Suites opératoires : septicémie à colibacilles avec collapsus mortel le 2^e jour post-opératoire.
 - Autopsie : envahissement lymphatique lombo-aortique.

Obs. 13 - FIT. - 53 ans - 3 grossesses

- Carcinome malpighien révélé par des métrorragies.
- Examen initial : grosse tumeur avec infiltration latérale totale d'un côté, oedème polypoïde en cystoscopie, stase et dilatation urétérale de stade IV.
- Cobaltothérapie initiale 4.500 rads pelvie étalé sur 3 mois, sans modifications cliniques.



- Exentération antérieure avec cellulectomie bilatérale
Colpectomie sub-totale (2.200 cc - 5 H)
Urétérostomie trans-iléale immédiate avec iléostomie
(3 H)
Pièce opératoire : stérilisée sur les différents
prélèvements.
- Suites opératoires compliquées par une reprise tardive
du transit, avec infection pelvienne et urinaire, anémie
durable.
- Evolution secondaire : apparition progressive d'une
sclérose pelvienne importante, avec sténose rectale,
d'un lymphoedème du membre inférieur gauche; infections
urinaires récidivantes avec retentissement fonctionnel.
- Décès par récurrence tardive 26 mois après le diagnostic.

Obs. 14 - ABE. - 59 ans

- Carcinome melpighien anaplasique éévéélé par des
métorrhagies.
- Examen initial : grosse tumeur ulcéro-végétante avec
infiltration totale du paramètre droit, mutisme rénal
droit, anémie nette.
- Cellulectomie totale avec résection trigonale et
rectale sous muqueuse, résection urétérale gauche et
réimplantation immédiate.
- Pièce opératoire : A. B. D. E.
- Suites opératoires : fistule vésico-recto-vaginale
précoce. Suppuration pelvienne avec hémorragie externe
massive mortelle au 20^e jour.
- Autopsie: nécrose urétérale. Ulcération nécrotique d'une
veine pelvienne.



Obs. 15 - POI. - 49 ans - 1 grossesse

- Carcinome cylindrique endo-cervical révélé par des lombalgies et des métrorragies.
- Examen initial : grosse tumeur ulcéro-végétante, infiltrant les paramètres en totalité, avec mutisme rénal droit, envahissement vésical probable.
- Exentération antérieure avec cellulectomie totale bilatérale. Colpectomie sub-totale, urétérostomie bilatérale (2.400 cc, 7 H 30).
- Pièce opératoire : A. B. C. (paramètres et trompes droites et gauches), D. E. (vessie).
- Suites opératoires : reprise tardive du transit, état sub-fébrile, anémie durable.
- Hormonothérapie (Progestérone, Norluten) secondaire en raison d'une poursuite évolutive avec métastase vertébrale.
- Décès 7 mois après l'exérèse.

OBSERVATION DES CARCINOMES RECIDIVES

1 - Récidives sans exérèse viscérale

Obs. 1 - KRU. - 55 ans - Ménopause depuis 3 ans.

- Carcinome baso-cellulaire cervical stade II fort traité par Roentegen-thérapie seule.
- Récidive 30 mois plus tard, Cervico-vaginale et paramétriale avec retentissement urétéral bilatéral, surtout droit.
- Cellulectomie bilatérale avec résection urétérale droite et urétérostomie cutanée.
- Pièce opératoire A + B
- Suites opératoires : infection urinaire.
- Fistule vésicale précoce.
- Décès 6^e semaine par hémorragie pelvienne massive.

Obs. 2 - CAR. - 50 ans - 5 grossesses (1ère à 16 ans)

- Carcinome baso-cellulaire découvert sur pièce opératoire d'hystérectomie.
- Cobaltothérapie 6.000 rad/pelvis.
- Récidive vagino-pelvienne 10 mois après.
- Cellulectomie bilatérale avec colpectomie totale (1.400 cc - 6 H)
- Pièce opératoire : B + C
- Suites opératoires : fébriles. Fistule vésicale précoce. Sténose urétérale basse bilatérale imposant une dérivation cutanée bilatérale.
- Reprise évolutive 12 mois plus tard, lentement évolutive sous hormonothérapie.
- Décès 3 ans après l'exérèse de la récidive.

Obs. 3 - MAS. - 51 ans

- Carcinome endométrial cylindrique découvert sur pièce d'hystérectomie.
 - Curiothérapie vaginale : 21 mcr.
 - Récidive 9 mois après. Cervicale et pelvienne.
 - Cellulectomie droite, Wertheim - Lymphadénectomie (4.000 cc - 8 H)
 - Pièce opératoire : A + D
 - Suites opératoires simples. Cobaltothérapie 6.000 rads/pelvis, 6 semaines après.
- Dilatation urétéro-pyélique droite secondaire.
- Recul de 18 mois sans récidive.

Obs. 4 - LEB. - 60 ans - Ménopause depuis 8 ans - 1 grossesse

- Adéno-carcinome découvert sur pièce d'hystérectomie totale. Röntgen-thérapie complémentaire post-opératoire
- Récidive vaginale 4 ans après. Curiothérapie.
- Récidive vagino-pelvienne 1 an plus tard, avec fistule vaginale droite et dilatation pyélo-urétrale droite.
- Urétrostomie droite préalable.
- Cellulectomie droite, Wertheim gauche, colpectomie totale (2.600 cc- 4 H)
- Pièce opératoire : B + C/+ D
- Suites opératoires : simples. Réimplantation urétérale droite, 3 mois après.
- Cobaltothérapie secondaire pour récidive vulvaire 9 mois après.
- Décès 24 mois après l'exérèse.

Obs. 5 - JOU. - 59 ans - 10 grossesses

- Carcinome malpighien sur col restant.
- Cobaltothérapie partielle et amputation du col.
- Récidive 3 ans après, pelvi-vaginale.
- Cellulectomie droite. Wertheim gauche.
- Colpectomie totale (8.800 cc - 7 H)
- Pièce opératoire : carcinome baso-cellulaire (B)
- Suites opératoires : assez simples, mais fistule vésico-vulvaire et dilatation urétéro-pyélique avec petite vessie.
- Intervention de Bricker 2 mois après;
- Bonne récupération du côté gauche. Fistule vésicale persistante.
- Recul de 3 ans sans récidive.

Obs. 6 - ROB. - 66 ans - 1 grossesse - Ménopause depuis 10 an

- Carcinome cylindrique endométrial.
- Wertheim + radium vaginal
- Puis cobaltothérapie (4.000 rads Pelvis) pour récidive vaginale précoce.
- Récidive 3 ans après, vagino-pelvienne.
- Cellulectomie gauche. Colpectomie totale (4.500 cc).
- Pièce opératoire : B, C (carcinome cylindrique papillaire).
- Suites opératoires simples. Dilatation urétéro-pyélique bilatérale, par récidive précoce.
- Urétérostomie cutanée. Hormonothérapie (Norluton)
- Décès 9 mois après l'exérèse.

II - Récidives avec exérèse viscérale

Obs. 7 - BOD. - 62 ans -

- Carcinome cylindrique endométrial invasif.
- Hystérectomie totale simple. Occlusion secondaire sur bride.
- ← Récidive vagino-pelvienne 15 mois après l'exérèse avec dilatation urétéro-pyélique droite.
- Pyélostomie droite préalable.
- Cellulectomie droite - Résection urétérale droite avec réimplantation immédiate. Résection rectale avec colostomie. Lymphadénectomie.
- Colpectomie totale (4.000 cc - 8 H)
- à Pièce opératoire : carcinome papillaire (B, C, D)
- Suites opératoires simples. Cobaltothérapie post-opératoire (5.000 rads pelvis) bien supportée.
- Décès par récidive 32 mois après l'exérèse.

Obs.18 - MAR. - 51 ans - 1 grossesse

- Carcinome malpighien cervical stade II, traité par Radium-chirurgie
- Récidive 3 ans après, pelvi-vaginale, avec exclusion du rein droit, et oedème polypoïde du trigone.
- Cellulectomie droite. Wertheim gauche. Résection rectale et urétéro-trigonale droite avec dérivation cutanée droite (1.600 cc - 5 H).
- Pièce opératoire : urètre et rectum envahis. (cancer épidermoïde).
- Suites opératoires : assez simples sauf fistule recto-vésicale (guérison spontanée).
- Cobaltothérapie secondaire.
- Occlusion sur bride 18 mois plus tard.
- Reprise évolutive 22 mois après l'exérèse avec syndrome paranéoplasique (polynévritique)
- Décès 28 mois après l'exérèse.

Obs. 8 - COT. - 34 ans - 2 grossesses

- Carcinome cervical du post-partum.
- Roentgen-thérapie massive encadrant une hystérectomie totale.
- Récidive 1 an après, pelvi-viscérale avec dilatation droite.
- Cellulectomie totale, avec colpectomie totale, résection rectale partielle, résection urétéro-trigonale et iléocystoplastie immédiate (2.600cc, 9 H)
- Pièce opératoire : carcinome spino-cellulaire très actif. B. C. E. vessie.
- Décès 15^e jour, anurie et fistules multiples.

Obs. 9 - LHE. - 47 ans

- Epithélioma intra-épithélial sur pièce d'hystérectomie simple (micro carcinome invasif).
 - Récidive 4 ans après, pelvi-viscérale massive.
 - Cobaltothérapie (4.200 rad. pelvis) préalable, avec amélioration partielle.
 - Cellulectomie totale avec colpectomie totale et exentération antérieure, urétérostomie cutanée bilatérale.
 - Pièce opératoire : epi spino-cellulaire B + C + E (vessie).
 - Suites opératoires simples. Anémie durable.
 - Iléo-nécrocystoplastie abouchée à l'urètre 3 mois plus tard. Occlusion post-opératoire.
- Décès post-opératoire avec désordres hydro-électrolytiques majeurs.

Obs. 10 - MAR. - 44 ans

- Carcinome cervical découvert sur pièce d'hystérectomie.
Cobalt complémentaire (5.500 rad. pelvis).
Récidive 6 mois après l'exérèse, pelvi-vaginale, massive.
Pyëlostomie bilatérale préalable.
- Cellulectomie totale avec colpectomie totale.
- Cystectomie totale avec résection des uretères pelviens
(3.200 cc - 7 H)
- Pièce opératoire : carcinome spino-cellulaire B + E
(vessie).
- Suites opératoires : difficiles initialement.
- Intervention de Bricker 2 mois 1/2 plus tard.
Occlusion secondaire par poursuite évolutive.
Colostomie.
- Décès 5 mois après l'exérèse.

Obs. 11 - MIC . - 60 ans

- Carcinome sur col restant, traité par Radium;
Lymphadénectomie.
- Récidive 4 ans plus tard, cervico-pelvienne, avec
fistule vésicale et rectale, sténose urétérale bilatérale.
- Cellulectomie totale. Exentération totale avec
colostomie et urétrostomie bilatérale. Plaie de la veine
iliaque externe (7.000 cc - 7 H).
- Pièce opératoire : A + C+ E (rectum) spino-cellulaire.
- Suites opératoires : fébriles avec oligurie et azotémie.
- Décès 10^e jour . Envahissement latéro-aortique à
l'autopsie.

Obs. 12 - CAB. - 56 ans - 1 grossesse - Ménopause depuis 5 ans

- Tumeur de la granulosa développée sur l'ovaire gauche, et métastase vaginale. Colpo-hystérectomie totale suivie de Röntgen-thérapie.
- Récidive 10 mois après, vagino-pelvienne massive.
- Cellulectomie totale avec résection rectale (colostomie), résection urétéro-trigonale gauche (réimplantation) (9 H).
- Pièce opératoire : carcinome papillaire B + E (vessie)
- Suites opératoires : difficiles. Fistule urétéro vésico vaginale précoce.
- Urétéro-iléocystoplastie 5 mois après l'exérèse. Métastase ganglionnaire iliaque primitive. Fistule vésicale persistante.
- Décès 13mois après l'exérèse.

Obs. 13 - ALB. - 64 ans - 1 grossesse

- Carcinome endocervical traité par hystérectomie simple et Cobaltothérapie.
- Récidive 1 an plus tard, vagino vésicale (invasion massive).
- Cellulectomie totale. Exentération antérieure avec urétérostomie cutanée bilatérale (1.800 cc - 4 H 30)
- Pièce opératoire : carcinome baso-cellulaire B + C + E (vessie, urètre).
- Suites opératoires : fébriles. Infections urinaires récidivantes.
- Décès 6 mois après l'exérèse par reprise évolutive.

Obs. 14 - COU. - 54 ans - 2 grossesses

- Carcinome endocervical glandulaire traité par Wertheim avec lymphadénectomie et Cobaltothérapie (5.000 rads pelvis)
- Récidive vagino-pelvienne et vésicale 12 mois plus tard.
- Cellulectomie totale et colpectomie totale.
- Exentération antérieure avec urétérostomie cutanée bilatérale (2.000 cc - 6 H)
- Pièce opératoire B + E (vessie, colon) cancer cylindrique papillaire.
- Suites opératoires assez simples (hématome pelvien) infections récidivantes pyélo-urétérales droites avec pyonéphrose imposant une néphrectomie, 8 mois plus tard.
- Recul de 10 mois sans récidive.

Obs. 15 - DEF. - 47 ans - 5 grossesses

- Carcinome cervical sur col restant : traité par Wertheim.
- Récidive 3 ans après, traitée par Radium vaginal et Cobalt, 5.000 rad. Tumeur.
- Poursuite évolutive 10 mois plus tard, vagino vésical, (oedème polypode).
- Cellulectomie totale. Exentération totale avec colostomie et urétérostomie cutanée gauche (néphrectomie droite antérieurement). Colpectomie totale (1200 cc - 6 H 30).
- Pièce opératoire : B + E (vessie, colon) Carcinome cylindrique.
- Suites opératoires assez simples, hormis les difficultés d'appareillage et les infections pyélo-urétérales gauches.
- Décès 17 mois après l'exérèse par reprise évolutive.

Obs. 16 - COL. 34 ans - 1 grossesse

- Carcinome spino-cellulaire de stade III traité par Radium 61 mcd, Cobalt 6.000 rad Pelvis, Endoxan, découvert dans le post-abortum.
- Récidive 1 an après, avec aspect de nécrose radique sur le vagin et blocage pelvien total avec anurie. Néphrostomie bilatérale préalable.
- Cellulectomie totale avec exentération totale et colostomie (3.000 cc, 7 H)
- Pièce opératoire : lésions de nécrose post-radique sur la totalité de la pièce (vessie, rectum, vagin) vestiges de formations épithéliomateuses.
- Suites opératoires : difficiles, occlusion post-opératoire le 15^e jour.
- Décès le 18^e jour.

Obs. 17 - LEM. - 46 ans - 1 grossesse

- Carcinome cylindrique cervical traité par Radium chirurgie et Roentgen-thérapie (chez une femme de 35 ans).
- Récidive 10 ans après, vagino-pelvienne et viscérale avec dilatation pyélo-urétérale gauche.
- Cellulectomie totale avec exentération antérieure. Urétérostomie bilatérale trans-iléale (4.000 cc - 8 H)
- Pièce opératoire B + E (vessie)
- Suites opératoires : décès post-opératoire par embolie pulmonaire précoce 1ère heure.

Obs. 20 - SAI. - 68 ans

- Polypose vésicale dégénérée, récidivée après 2 cystectomies partielles et 2 dérivations urinaires (par plastie vésicale et Coffey).
- Récidive 3 mois après la dernière dérivation.
- Cellulectomie totale et cystectomie totale.
- Pièce opératoire : épi trabéculaire et glanduliforme.
- Suites opératoires : fébriles.
- Décès 10 mois plus tard par récidive et destruction rénale. Métastases pulmonaires.

Obs. 19 - DO . - 62 ans

- Tumeur rétro crurale droite d'origine inconnue.
- Cellulectomie droite, avec résection du psoas iliaque et d'une partie de l'aile iliaque.
- Pièce opératoire : carcinome de structure indifférenciée.
- Suites opératoires simples; : Roentgen thérapie secondaire.
- Décès après 22 mois d'évolution.

- C O N C L U S I O N S -

Nous avons étudié les résultats cliniques obtenus lors du traitement de 65 carcinomes utérins primitifs ou récidivés, opérés selon la technique de cellulectomie totale réglée.

1) Malgré l'importance de l'extension néoplasique constatée lors des interventions de première intention, et les difficultés rencontrées lors des ré-interventions pour récidive, on ne déplore que 2 décès opératoires. Cependant, il ne semble pas que dans ces 2 cas on puisse incriminer directement la technique chirurgicale.

- Dans un premier cas, le décès survint par embolie pulmonaire très précoce (confirmée par l'autopsie), lors du coucher de l'opérée. Certes l'intervention avait été longue (8 h.) mais peu hémorragique. Néanmoins la réalisation d'une dérivation urinaire trans-iléale, avait à la fois augmenté le choc opératoire et prolongé l'intervention. (obs. 17).

- Dans un deuxième cas, le décès fut secondaire à un arrêt cardiaque per-opératoire, récupéré par massage cardiaque direct, mais avec shock persistant. Cette malade avait subi 2 mois auparavant une intervention de Bricker, donnant un retentissement biologique important. L'exérèse, très difficile, (8 heures) n'avait cependant pas nécessité de compensation sanguine massive (4000 cc), (obs. 7).

La sécurité et la qualité des hémostases fournies par la technique de ligature veineuse apparaît donc très grande. Les hémorragies d'origine veineuse les plus importantes, se sont produites rappelons-le, lors du temps de lymphadénectomie habituellement associé. Pourtant certains cas confinaient aux limites des possibilités d'exérèse (extension néoplasique dépassant parfois les limites aponévrotiques du pelvis).

Certes il s'agit d'interventions longues mais relativement peu choquantes. Cependant la réanimation pré et per-opératoire doit tenir compte de la fragilité particulière de ces malades anémiques, dénutries, fatiguées par l'irradiation pré-opératoire fréquemment pratiquée et le retentissement rénal parfois sous-estimé.

2) La mortalité post-opératoire reste cependant élevée. Elle relève de deux causes principales :

- L'infection, pelvienne source de nécrose vasculaire à l'origine d'hémorragies catclysmiques, ou septicémique. On doit réduire sa fréquence par une antibiothérapie post-opératoire intensive.

- L'insuffisance rénale, pré-existante à l'exérèse ou secondaire aux dérivations urétérales : son traitement en centre spécialisé, avant et après l'intervention, devrait diminuer sa fréquence et sa gravité.

3) L'importance de la morbidity urétérale invite à modifier certains points de technique opératoire. En effet l'isolement de l'uretère de la zone de fibrose cicatricielle secondaire est absolument nécessaire pour lui permettre un fonctionnement satisfaisant.

Cet isolement semblait être obtenu de façon satisfaisante par le simple adossement recto-sigmoïdien sous-trigonal. L'importance des phénomènes de sclérose évolutive après cellulectomie rend cet artifice insuffisant.

La grande fréquence des dilatations sus-jacentes à des sténoses organiques ou fonctionnelles du bas uretère le montre bien.

D'autre part dans ces cancers étendus, le respect de l'intégrité urétérale oblige à disséquer au plus près du carcinome. Dans ces conditions, il faut certainement recourir plus souvent à la résection de l'uretère terminal, nécessaire à l'exérèse en mono-bloc.

La qualité de l'exérèse y gagnerait. Une bonne ré-implantation vésicale de l'uretère apporterait moins de risques de sténose, de fistule et de dilatation secondaire qu'une dissection insuffisamment respectueuse de l'adventice urétérale.

Cependant l'hypo-vascularisation sévère constatée après cellulectomie bilatérale rend aléatoire toutes les sutures vésicales. Dans ces cas, une ré-implantation urétérale bilatérale semble vouée à une fistulisation précoce. Il paraît nécessaire de lui préférer une urétérostomie cutanée bilatérale.

Dès que les conditions générales et locales le permettent, généralement 3 à 6 mois après l'exérèse, la continuité urinaire sera rétablie, le plus souvent par pontage iléal.

4) Les résultats vitaux doivent être interprétés en fonction du stade clinique et de l'allure évolutive. Ces résultats sont très favorables dans les stades peu évolués : la morbidité urologique secondaire considérable a fait abandonner ces indications au profit d'exérèses moins larges et moins lourdes de séquelles.

Néanmoins, il arrive que des conditions opératoires locales dans les dissections latérales (adénopathies néoplasiques massives, fibrose inflammatoire hémorragique) conduisent à pratiquer des dissections selon les modalités des cellulectomies totales. Dans ces cas, cette technique constitue une ressource sûre, tout en permettant une exérèse oncologiquement satisfaisante.

5) Dans les stades plus évolués mais sans envahissement viscéral clinique, les résultats obtenus restent assez bons.

- L'avenir des malades cancérologiquement guéris reste préoccupant du fait du retentissement rénal des complications urétérales. La ré-implantation urétérale de principe devrait diminuer ces complications.

- Dans la moitié des observations, un envahissement lymphatique massif fut retrouvé par l'examen histologique de la pièce d'exérèse. Cette lymphophilie apparaît très péjorative. Elle semble plus fréquente lorsque la biopsie initiale révélait des signes histologiques d' "activité".

- Dans un certain nombre de cas, l'irradiation pré-opératoire conduite selon des modalités classiques, n'a pas apporté l'amélioration escomptée.

Le volume même de la tumeur est sans aucun doute un obstacle à l'action des agents physiques. En outre l'importante infiltration latérale de ces formes massives conduit à l'englobement urétéral dont le retentissement général est sévère.

Dans ces stades III "urinaires", d'évolution actuellement très péjorative, on peut espérer qu'une chirurgie d'exérèse précoce rapidement suivie d'une irradiation externe intensive, apportera une amélioration pronostique.

6) Les stades avec invasion viscérale clinique semblent actuellement au-dessus de toute ressource thérapeutique, lorsque l'extension néoplasique latérale impose une exérèse selon la technique de cellulectomie. Là encore, le retard apporté à l'exérèse, la radio-résistance, le retentissement biologique des dérivations urétérales sont autant d'obstacles à l'obtention d'une survie durable.

La possibilité technique d'une exérèse chirurgicale sûre, devrait conduire à modifier l'attitude classique, en faveur d'une chirurgie d'exérèse précoce suivie d'une irradiation externe étudiée en fonction des possibilités de reconstruction vésicale; la curiethérapie n'ayant qu'un rôle limité dans le traitement de ces tumeurs.

Il faut espérer que le développement des méthodes de dépistage systématique à une échelle nationale, permettra dans un avenir proche de réduire la relative fréquence de ces cancers évolués.

7) Quant aux récurrences survenant habituellement après une irradiation externe à dose maximale, peu sensibles encore aux chimiothérapies actuelles, la chirurgie reste leur seule thérapeutique.

Quelques survies d'une certaine durée et de qualité satisfaisante font oublier nombre d'échecs et persévérer dans leur exécution espérant que des thérapeutiques anti-mitotiques nouvelles viendront rapidement prendre le relais.

B I B L I O G R A P H I E

ADAM J. M.

L'urographie au cours du traitement du cancer du col par les agents physiques.

Thèse de Médecine PARIS, 1962 - 1.

AVANZINI.

The use of the radionéphrogram in urological control of patient treated with radiotherapy for carcinoma of the uterus.

Minerva Ginecol. 19 74/88, janvier 1967.

BAGGI G.

Observations cliniques de la chimiothérapie au cours des traitements du cancer cervical.

Arch. Sci. Med. Torino 123 306/10, juin 1967

BERTIN J. P.

L'urographie dans les réimplantations urétérales après Wertheim, dans les cancers du col.

Thèse pour le CES d'Electro Radiologie, 1966 n° 6

BERTRAND M.

Complications urinaires des colpohystérectomies élargies avec lymphadénectomies.

Thèse de Médecine PARIS 1962.

BILDER A.

Etude comparative des épithéliomas du col traités par les radiations et par la chirurgie large d'exérèse dans les stades III et IV.

Thèse de Médecine PARIS 1966, 592.

BRUNSCHWIG A.

L'exentération pelvienne.

PARIS 1964, MASSON.

BRUNSCHWIG A.

Récidives des cancers du col utérin. Problème chirurgical.
Gynec. Prat. 15. 79/84 1964

BRUNSCHWIG A.

Traitement chirurgical des récidives de cancers du col,
après irradiation ou traitement radio-chirurgical.
Amer. J. Roentgen. 99, 365/70 février 1967.

BRUNSCHWIG A.

Traitement chirurgical du cancer du col utérin.
Minerva Médica Turin 1957.

BRITES Patricio M.

Valeur pronostique et diagnostique de l'exploration radi-
isotopique du rein avant et après radiothérapie, dans le
cancer cervical.
Acta Oncol. Madrid. 6 3/17 janv. juin 1967

CERBONNET G.

Complications urologiques après hystérectomie abdominale
élargie. Congrès international chirurgie.
Vienne 1964. 417/20

CERBONNET G.

Recherches sur la nécrose ischémique des uretères.
62^e Congrès français de chirurgie 1960. 465/81

CHASSAGNE D.

Tendance actuelle de la radiothérapie dans le cancer du
col utérin.
Rev. Fr. Gyn. Obst. 63, 175/9 avril 1968.

CHASSAGNE D.

A propos de 25 cas de cancers utérins évolués ou récidivés
traités par radiothérapie.
Minerva Médica 58. 4534/35, décembre 1967

CHATELAIN.

Traitement des fistules vésico-vaginales.

Thèse de Médecine PARIS 1963. 783

CHAVANNE G.

La lymphographie dans les stades I et II du cancer du col utérin. 150 interventions avec vérification histologique.
Journ. Radiol. Electr. 48 137/56 Mars Avril 1967.

COHEN C. J.

Radiosensitivity testing : modern adjuvant in the treatment of cancer of the cervix.

Clin. Obstetrics Gynecology 12 335/53 juin 1969.

CONTAMIN R.

Traitement des cancers du col par les hautes doses de Radium.

Gyn. Obs. (PARIS) 65 389/400 Juin 1966

CUSHING P.M.

Complications urologiques graves après emploi des agents physiques dans les cancers du col utérin.

Am. Journ. Obst. Gyn. 101 750/5 juillet 1968

DARGENT M.

L'urocytogramme. Valeur pronostique après curiethérapie.

Archives Anapath. Paris 15 supplément 97/106. 1967

DARGENT M.

Valeur du délai entre le dernier accouchement et les premiers symptômes dans l'étude du pronostic du cancer du col utérin.

Semaines des Hopitaux PARIS 43 3371/81, décembre 1967.

DARGENT M.

Les complications urinaires des cancers du col.
Journal d'urologie 1957, 63, 266/79

DARGENT M.

Etude systématique de l'urographie pré et post opératoire
chez les malades traités par association radium chirurgie
pour un cancer de stade débutant.
Lyon Chirurg. 1956, 51, 655/77.

ENIHORN.

Effect of cyclophosphamide on pain in advanced carcinoma
of the cervix.
Acta radiologica (Therapia) 6, 417/20, Décembre 1967.

FRISCHBIER H. J.

Critique de la télécobaltothérapie du cancer du col
utérin.
Geburtsh. Frauenh. 24, 761/70, septembre 1964

GERBIE A. B.

Les fonctions rénales dans les cancers gynécologiques.
Clin. Obstétric. Gyn. 12, 423/34, juin 1969.

GERTEIS W.

Indications for ultra radical surgery for carcinoma of the
cervix, using lymphography.
Archives gynécologiques 204, 35/7, 1967

GRAHAM R.

The prognosis of the cancer of the cervix by vaginal
Smear.
Surg. Gyn. Obst. 93, 767, 1951.

GRATTAROLA R.

Urographie et rénographie dans les cancers du col utérin.
Tumori. 52, 393/9, n v. Déc. 1966

GUIDICI C.

Modifications colpophotographiques et histologiques des
cancers spino-cellulaires du col de l'utérus, traités par
cyclophosphamide. Interprétation.

Atti. Académie Med. Lombard, 21, 2597/605, 1966

GUNTHER H.

L'urographie dans le bilan urologique des malades atteints
de cancers cervicoux.

Zbl. Gynæck. 89, 1041/50, juillet 1967.

GUSBERG S. B.

Radiosensibilité et facteurs de virulence dans les cancers
du col utérin. Applications thérapeutiques.

Amer. J. Obs. Gyn. 100, 627/39, mars 1968

HEROVICI C.

Histopronostic des cancers du col utérin.

Rev. Gyn. Obst. 1962/61 n° 4 bis

HUGUIER J., CERBONNET G.

Chirurgie de l'utérus.

HUGUIER J., CERBONNET G., SCALI P.

Premiers essais de cellulectomies totales réglées.

Mémoire de l'académie de chirurgie 1968, 84, 613/618

INGUILLA W.

Exentérations pelviennes pour cancers utérins évolués.

Réflexions sur 241 cas.

Am. J. Obs. Gyn. 99, 1083/6, décembre 1967.

INGIULLA W.

Complications vésicales, urétérales et rectales lors du traitement de cancers utérins évolués.

Am. J. Obs. Gyn. 99, 1078/82, décembre 1967.

INGIULLA W.

Vaginal hysterectomy for the treatment of carcinoma of the corpus.

Am. J. Obs. Gyn. 100, 511/3, février 1968.

JOMAIN

L'examen urologique dans le cancer du col utérin.

Bulletin du cancer 1963/50

KEINBERGER F.

Changes in the pelvic veins following radical surgery of uterine carcinoma (collum).

Fortschr. Roentgen. 104, 157/64, février 1966.

KOBAYASHI

Classification T N M du cancer du col et du corps utérin.

Japan J. Cancer Clin. 13, 388/92, juin 1967.

KOECK G. P. et coll.

Résultats du traitement rotatif à cobalt 60 dans le cancer du col.

Am. J. Roentgenol. 96, 81/91, janvier 1966.

KOTTMEIER

Ten years end results of radiological treatment of carcinoma of the cervix

Acta obst. Gyn. Scand. 1962, 41, 195.

KRITTER H.

Cancer du col de l'utérus.

E. M. C. Gynécologie fasc. 598 A 30.

KRITTER H. et coll.

Les résultats du traitement par les radiations des cancers du col utérin au stade III à l'Institut G. Roussy.

J. Radiol. Electrol. 49, 651/6, août-sept 1968.

LACOUR J.

Elements du pronostic du cancer du col de stade II.

Rev. Fr. Gyn. Obst. 63 n° 4, 151/8, avril 1968

LANG E. K.

Diagnostic de l'extension d'un cancer du col à la cloison vésico-vaginale par l'artériographie.

Journ. Louisiana. Med. Society 120, 333/4, juillet 1968

LOISEAU A. M. et coll.

Table ronde sur les possibilités thérapeutiques dans les cancers gynécologiques évolués.

Rev. Franc. Gyn. Obst. 63, 385/93, 1968

LOUROS N. C.

Que doit-on entendre par opération radicale dans le cancer du col de l'utérus.

Strasbourg Médical 128, 133/139, février 1968

MAC GREGOR

Cancer du col utérin. Le commencement de la fin?

Lancet 2, 1296/9, décembre 1967

MADELAIN J. V.

Apport de la télécobaltothérapie dans le traitement des cancers du col utérin au stade III.

J. Radiol. Electrol. 49, 656/60, août 1968.

MAGARA

Operation radicale par voie abdominale dans le traitement
des cancers du col utérin.

Oncology 21, 283/99, 1967

MATTINGLY

Indications, contrindications et méthodes des exentérations
pelviennes totales.

Oncology 21, 241/59, 1967

MEIGS J. V.

A proposed classification for cases of cancer of the cervix
treated by surgery.

Am. J. Obst. Gyn. 64, 413/5, 1952

MICHEL G.

Récidives et métastases après traitement du cancer du col au
stade II. A propos d'une série de 465 malades traitées à
l'Institut G. Roussy.

Rev. Fr. Gyn. Obst. 63, 159, 67, Avril 1968.

MICHEL BECHET R. et ROBERT H.

Indications et résultats des collulolymphadénectomies dans
les cancers de l'utérus. Rapport pour le 66^e congrès
français de chirurgie.

Paris 1964

MOONEN W. A.

Complications urologiques observées dans le traitement des
cancers du col. Utilisation des plasties iléales dans leur
traitement.

Arch. Chirurg. Neerland. 19, 91/106, 1967

NAVRATIL

Indications et results of the Schauta-Amreich operation in
carcinoma of the cervix.

Am. J. Obst. Gyn. 86, 141, 1963.

PARKER

Hystérectomie avec lymphadénectomie, avec ou sans irradiation préalable. 265 observations avec un recul de 10 ans.
 Amer. Journ. Obs. Gyn. 99, 933/43, décembre 1967.

PELZER A.

Relations entre la réponse aux radiations et la présence de ganglions envahis.

Arch. Anapath. Paris 15, supplément 69/70, 1967.

POLLARD W.

La lymphographie dans le traitement chirurgical du cancer du col utérin.

Clinical radiol. London. 20, 463/4, octobre 69.

POLLET P.

Contribution au traitement du cancer du col par les hautes doses de radium.

Thèse de médecine Grenoble 1965, 1.

ROULSTON T. M. et coll.

Traitement du cancer du col au stade III et IV par la cobaltothérapie et une chambre d'oxygène hyperbare.

J. Obst. Gyn. Brit. Commonw. 75; 1279/80, décembre 1968.

ROUSSEAU J. et coll.

Epithéliomas du col utérin, technique et résultats de la radiothérapie particulièrement au stade III.

J. Radiol. Electr. 49, 643/9, août 1968

ROUQUETTE C.

Enregistrement et analyse statistique des cancers de la sphère génitale à l'Institut G. Roussy.

Rev. Fr. Gyn. Obst. 53, 181/94, avril 1968.

ROY D. K.

Traitement des cancers cervicaux évolués ou récidivés par divers cytotoxiques.

Indian. J. Cancer, 4, 32/7, mars 1967

SANTAMARIA F.

Action des radiations de hautes énergies sur les carcinomes du col utérin de stade III.

J. Radiol. Electron. 49, 549/50, août 1968.

SCALI P.

Technique de la colliectomie totale réglée.

E. M. C., techniques chirurgicales Gynecol. Urol.

SINGIER J.

Complications urinaires du traitement chirurgical et radio-chirurgical du cancer du col utérin.

Thèse de médecine, PARIS 1965, 239.

SLANKUWA R.

Pyélonéphrites après chirurgie radicale pour cancer du col utérin.

Jap. J. Chir. Med. 25, 590/3 mars 1967.

SPITALIER J. M.

Rôle de la lymphographie dans les cancers opérables du col utérin.

Bull. Fed. Gyn. Obs. 19, 266/70, août 1967.

SYMONDS R. E.

Exentérisation opératoire. Experience with 118 patients.

Am. J. Obst. Gynec. 101 66/67 mai 1968.

ULFELDER H.

Chirurgie radicale large dans les cancers utérins évolués ou récidivés.

Clin. Obstétric Gynecol. 10, 940/57, décembre 1967.

VERLIAC P.J.E.

Contributions à l'étude des atteintes urétérales par le traitement des cancers du col.

Thèse de Médecine PARIS 1958.

WOLFF J. P.

Valeur pronostique de l'extension clinique du cancer du col utérin.

Rev. Fr. Gyn. Obst. 63, n° 4, 145/9, avril 1968.

WOLFF J. P.

Place de la chirurgie et de la radiothérapie dans le traitement du cancer du col.

Rev. Fr. Gynec. Obst. 63, N° 4, 135/8, avril 1968.

Complications urétéro-vésicales de la chirurgie pelvi-périnéale.
J. Urol. et Néphrol. n° 9 bis et 12 bis, 1968.

Cancer of the uterus and ovary.

Year Book Medical Pub. Chicago 1969, II° conference sur le cancer, Houston.

Vu, le Président de Thèse

Professeur J. HUGUIER

Vu, le Doyen Honoraire

Administrateur Provisoire de
la Faculté de Médecine

Professeur G. BROUET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

MALLET

